



Auvergne Basse Vision : centre d'accueil, de rééducation et de réadaptation pour adultes déficients visuels

Roxane Vardalas

► To cite this version:

Roxane Vardalas. Auvergne Basse Vision : centre d'accueil, de rééducation et de réadaptation pour adultes déficients visuels. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01243233

HAL Id: dumas-01243233

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01243233>

Submitted on 6 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0
International License

Auvergne Basse Vision :
*Centre d'accueil,
de rééducation et de réadaptation
pour adultes déficients visuels*



Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention
du certificat de capacité d'Orthoptie

VARDALAS Roxane
Année 2015

Remerciements

À **Emmanuelle PARIS**, orthoptiste et coordonnatrice du centre Auvergne Basse Vision, pour son accueil, sa disponibilité et son aide précieuse.

À **Mme le Professeur Danièle RIGAL**, ophtalmologiste et médecin coordonnateur du centre, pour ses conseils, ses encouragements et son aide à l'élaboration de ce mémoire.

À l'équipe d'Auvergne Basse Vision :

Amaël LE BIGOT, orthoptiste, pour son accueil et ses nombreuses informations.

Sandrine GUEDON VIGNERON et **Céline BATIER**, psychomotriciennes et instructrices en locomotion, pour leur gentillesse et leur savoir.

Sophie FRAUX, **Karine MADELRIEUX**, **Magalie ANASTACIO** et **Mireille RICHARD**, ergothérapeutes et Avéjistes, pour leur accueil et leurs explications.

Pierre Marie De CLAVIÈRES, psychologue, pour ses renseignements concernant le vaste domaine de la psychologie et son accueil.

Ghislaine NEUVY, secrétaire, pour son accueil et sa disponibilité.

Cédric THEVENET, intervenant informatique FAF-GAIPAR, pour son accueil et ses informations sur l'utilisation des nouvelles technologies.

Mesdames le Docteur Brigitte PEYRODE et **le Docteur Myriam CHERCHILLEZ**, ophtalmologistes, pour leur accueil et leurs connaissances.

Frédéric PLAS, **Cynthia DUBOURGNOUX** et **Freddy VIDAL**, opticiens, pour leur accueil et leurs renseignements.

Arnaud GRÉGOIRE, directeur du CRDV et d'ABV, pour son accueil et son éclaircissement sur le fonctionnement du centre.

Anne-Cécile DESBOIS et **Clémence NIGON**, assistantes sociales, pour leur accueil et leurs connaissances.

Aux patients, pour avoir accepté ma présence lors de leurs séances et partagé leur ressenti.

À **Mme le Docteur DALENS**, ophtalmologiste et directrice de l'école d'orthoptie, pour son enseignement, ses conseils et sa rigueur.

À **Monsieur le Professeur CHIAMBARETTA**, ophtalmologiste et chef de service du CHU de Clermont-Ferrand, pour son accueil au sein du service et ses connaissances.

À **Monsieur le Professeur BACIN**, ophtalmologiste et ancien chef de service du CHU de Clermont-Ferrand, pour son accueil au sein du service et son enseignement.

À l'ensemble des médecins du service, pour leur pédagogie et leur disponibilité : **le Docteur PAULON**, **le Docteur BONNIN**, **le Docteur FARGUETTE**, **le Docteur SILLAIRE**, **le Docteur ROUSSEAU**, **le Docteur REBIKA**, **le Docteur DANIEL**, **le Docteur NEZZAR**, **le Docteur BOCCARD**, **le Docteur SABADEL** et **le Docteur GUÉRIN**.

Aux internes, pour leur disponibilité, leur sympathie et leurs explications.

À l'ensemble des orthoptistes du service : **Laurent PARIS, Michèle NEYRIAL, Coralie COLLA, Sylvie MICHEL, Hélène GRELEWIEZ, Jean Jacques MARCELLIER, Constance PELTIER, Nathalie MONNEYRON, Florie MOSNIER, Diane ARDUINI, Romain BORDAS** et **Guy HERNANDEZ**, pour leur accueil, leur enseignement de qualité, leur pédagogie et leur amabilité.

Au personnel du service, aides-soignantes, infirmières, secrétaires, pour leur accueil, leur bienveillance et leur bonne humeur.

À l'équipe du cabinet d'Ophtalmologie de Cusset, pour son accueil sympathique, sa bonne humeur et ses informations d'une grande aide.

À l'équipe du CRDV, pour son accueil chaleureux, sa gentillesse et ses connaissances précieuses.

Au personnel du CHU de Limoges, de l'Hôpital de la mère et de l'enfant, pour ses explications, et à **Isabelle TRAVADE**, orthoptiste du centre Baudin, pour son accueil et son savoir.

Aux élèves orthoptistes, pour leurs rires et leurs encouragements.

À ma famille et mes amis, pour leur soutien inestimable.

Table des matières

INTRODUCTION.....	6
1 La Basse Vision en France	7
1.1 Définition [1][2][3][4][5].....	7
1.2 Pathologies oculaires conduisant à la déficience visuelle des adultes [6][7][8][9][10][11][12][13][14][15][16][17][18][19]	10
1.2.1 DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge.....	10
1.2.2 Myopie forte dégénérative.....	13
1.2.3 Glaucome.....	14
1.2.4 Rétinopathies pigmentaires.....	16
1.2.5 Cérébrolésions.....	18
1.2.6 Rétinopathie diabétique	20
1.2.7 Autres atteintes rétinienues.....	21
1.2.8 Affections du nerf optique.....	22
1.2.9 Malformations oculaires	24
1.2.10 Autres affections.....	25
1.3 Centres de prise en charge de la Basse Vision adulte en France : Soins de Suite et de Réadaptation [20][21][22][23][24][25][26][27][28].....	27
1.3.1 Définition.....	27
1.3.2 Établissements.....	29
2 La Basse Vision en Auvergne au centre ABV.....	31
2.1 Présentation du centre [28][29][30][31][32].....	31
2.2 Prise de contact avec le centre, notoriété [28][33].....	32
2.3 Conditions d'admission [5][28][29][30]	35
2.4 Les professionnels [5][11][12][13][14][15][28][29][30]	37
2.4.1 L'ophtalmologiste.....	37
2.4.2 L'orthoptiste	37
2.4.3 L'opticien.....	37
2.4.4 Le technicien en informatique	37
2.4.5 L'ergothérapeute.....	37
2.4.6 La rééducatrice en autonomie de la vie journalière (AVJ).....	37
2.4.7 La psychomotricienne.....	37
2.4.8 L'institutrice en locomotion.....	37
2.4.9 Le psychologue.....	38
2.4.10 L'assistante de service social.....	38
2.4.11 La secrétaire médicale.....	38
2.5 Prise en charge [3][5][11][12][13][14][15][16][28][29][30][34][35][36][37][38][39]	39
2.5.1 Évaluations de départ.....	39
2.5.2 Rééducation/réadaptation	65
2.5.3 Limites de la prise en charge.....	82
2.5.4 Quelques exemples de patients.....	83
2.6 Statistiques : analyses sur 3 ans, depuis l'ouverture du centre [23][40].....	116
2.6.1 Pathologies.....	116
2.6.2 Population	117
2.6.3 Nombre de venues à ABV	120
2.6.4 Prises en charge/Prises de contact.....	120
2.6.5 Mode de connaissance du centre	121
2.6.6 Répartition par professionnels.....	122
2.6.7 Enquête de satisfaction.....	123
2.6.8 Comparaison avec le CRBV d'Angers pour l'année 2013.....	126
CONCLUSIONS, PERSPECTIVES D'AVENIR POUR LA BASSE VISION.....	131

Annexes	132
ANNEXE 1 : PLAQUETTE DE PRÉSENTATION DU CENTRE AUVERGNE BASSE VISION	132
ANNEXE 2 : DOSSIER ADMINISTRATIF	133
BIBLIOGRAPHIE	144

INTRODUCTION

Les progrès de la médecine et l'évolution des technologies permettent d'augmenter l'espérance de vie, et par conséquent le nombre de personnes âgées croît. Mais avec l'âge apparaissent des pathologies chroniques, oculaires notamment, et même si de nombreuses thérapeutiques atténuent les conséquences de la maladie, elles s'avèrent parfois insuffisantes. Il se crée alors une attente de la part des patients déficients visuels vis-à-vis de la prise en charge de leur maladie, quand il n'y a plus de traitement possible.

Que faire lorsque la vision baisse ou reste très faible, devenant handicapante, et que la médecine clinique n'a plus de solution ? Que propose-t-on au patient pour s'adapter à cette 'nouvelle vue' ? Quelles techniques sont employées pour l'aider à développer et utiliser au mieux ses capacités visuelles fonctionnelles résiduelles et conserver, voire retrouver, le plus longtemps possible une réelle autonomie de vie quotidienne ?

Une des réponses à cette problématique a été l'ouverture, à Clermont-Ferrand, d'un centre d'accueil spécialisé dans la prise en charge de la basse vision. Nous ferons dans un premier temps l'état des lieux sur la basse vision en France, pour ensuite se concentrer sur le fonctionnement du centre ABV. Nous expliquerons l'accompagnement qui est proposé en fonction des demandes du patient, étayé de quelques exemples de prises en charges. Nous établirons également un récapitulatif de l'activité du centre accompagné de données statistiques. Enfin, nous étudierons quelles sont les perspectives d'avenir de la basse vision.

1 La Basse Vision en France

1.1 Définition [1] [2] [3] [4] [5]

Selon L'OMS, « la basse vision concerne des patients ayant une acuité visuelle binoculaire inférieure à 3/10^{ème} et supérieure à 1/20^{ème}, avec la meilleure correction optique. Plus largement, une personne avec une basse vision a une déficience visuelle fonctionnelle, même après traitement ou correction optique standard. Cependant, cette personne utilise, ou est potentiellement apte à utiliser cette vision pour planifier et exécuter une tâche pour laquelle la vision est essentielle. »

L'entité 'basse vision' au sens général se rapporte à tous les patients présentant une déficience visuelle, ayant une acuité visuelle inférieure à 3/10^{ème} et/ou une réduction du champ visuel.

Cette classification prend en compte l'acuité visuelle mais également le champ visuel, pour refléter au mieux la gêne fonctionnelle du patient.

Catégorie	Type de déficience :	Type d'atteinte visuelle	Acuité visuelle	Champ visuel
I	Déficience visuelle légère	Basse vision Malvoyance	3/10 → 1/10	CV ≥ 20°
II	Déficience visuelle majeure		1/10 → 1/20	20° < CV < 10°
III	Déficience visuelle profonde	Cécité	1/20 → 1/50	5° < CV < 10°
IV	Déficience visuelle presque totale		1/50 → PL +	CV < 5°
V	Déficience visuelle totale		PL -	

Classification de la déficience visuelle selon l'OMS

Dans le domaine de la basse vision il est préférable de parler de vision fonctionnelle, en tenant compte de ce qu'il reste au patient plutôt que ce qu'il lui manque. Ce terme reflète la vision utilisable en pratique pour réaliser une tâche ou une activité, en associant d'autres données, cognitives et sensorielles notamment, afin d'obtenir le maximum d'informations à partir de la perception visuelle initialement réduite.

Dans le domaine du handicap, on distingue 4 notions importantes :

- 1) la **maladie** ou pathologie, à l'origine de diverses complications
- 2) la **déficience** qui correspond à une anomalie structurelle ou fonctionnelle du corps
- 3) l'**incapacité** qui est associée à toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité ; c'est la conséquence fonctionnelle de la déficience
- 4) le **handicap** qui reflète les limitations en terme de réalisation d'un rôle social

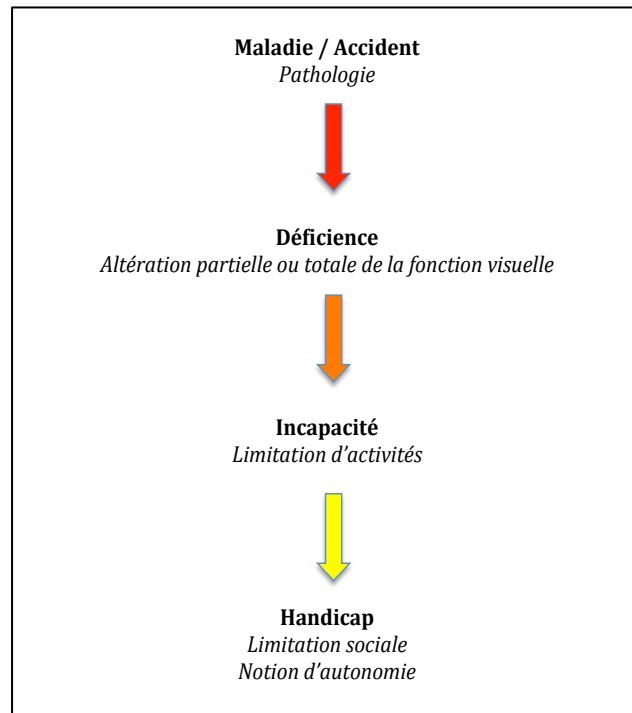
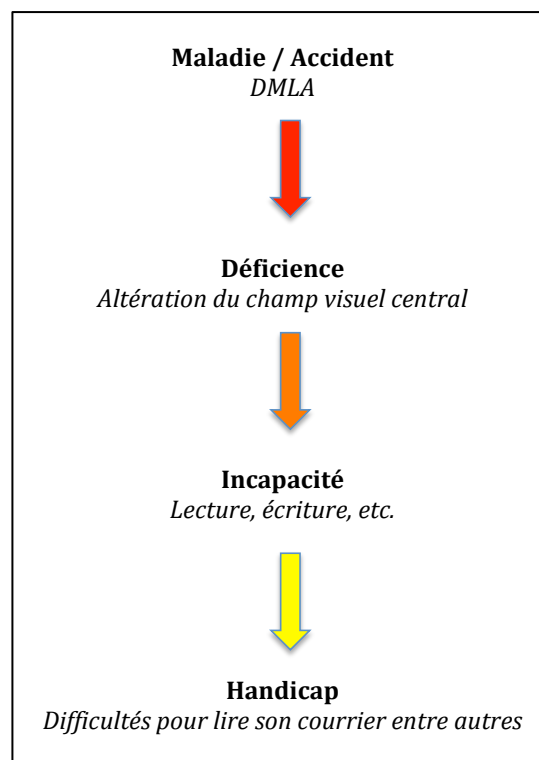


Schéma représentant les notions du handicap



Exemple avec la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA)

Les projets de rééducation/réadaptation en déficience visuelle associent l'optimisation du sens déficitaire au développement des sens compensatoires.

L'ensemble des données épidémiologiques disponibles montre que la prévalence de la déficience visuelle augmente de façon très importante avec l'âge au-delà de 60 ans.

En 2030, le nombre d'Auvergnats de 60 ans ou plus devrait augmenter de 40% par rapport à 2005. L'âge moyen de la population atteindrait 45,9 ans soit une progression de 4,2 ans par rapport à 2005. Sur la même période, l'âge moyen en France métropolitaine progresserait de 3,6 ans (source INSEE).

Les troubles visuels ont une part très importante dans l'aggravation de la dépendance fonctionnelle, qui est en général très mal vécue par des adultes âgés qui voient des tiers s'immiscer dans leur vie personnelle, voire intime.

1.2 Pathologies oculaires conduisant à la déficience visuelle des adultes [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16] [17] [18] [19]

1.2.1 DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge

Définition

Maladie chronique évolutive et invalidante. C'est une diminution de la capacité de l'épithélium pigmentaire rétinien à épurer les déchets produits par le métabolisme des photorécepteurs. Elle atteint de manière sélective la macula, partie centrale de la rétine, conduisant à la destruction des cellules neurosensorielles et à une baisse de l'acuité visuelle.

Il existe plusieurs formes cliniques conduisant à l'apparition d'une DMLA.

◆ La maculopathie liée à l'âge :

⇒ stade initial silencieux

◆ La DMLA de forme atrophique : forme "sèche" de DMLA

⇒ évolution lente mais inéluctable vers une baisse sévère de l'acuité visuelle qui laisse un scotome central important

⇒ pronostic relativement sévère

◆ La DMLA de forme néovasculaire : forme "humide"

⇒ son évolution peut être particulièrement rapide, conduisant à une perte de la vision centrale en quelques semaines à quelques années

Conséquences fonctionnelles

La DMLA n'atteignant que la macula, région centrale de la rétine (n'occupant que 2 à 3% de sa surface totale), il est important de se rappeler que, bien que pouvant être très invalidante, elle ne rend jamais totalement aveugle. En effet, une grande partie de la rétine périphérique (responsable du champ visuel) reste intacte : la vision périphérique (permettant l'orientation) et une vision péricentrale persistent, avec lesquelles certaines performances visuelles sont possibles.

La baisse de vision existe sur un œil ou les deux et le malade croit que ce sont les lunettes qui ne sont pas adaptées. L'acuité visuelle est en effet plus ou moins abaissée, entre quelque dixièmes et simple perception lumineuse.

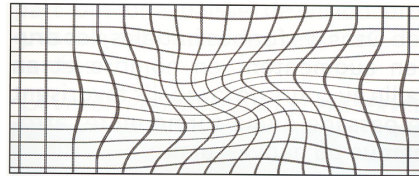
Le patient se plaint également d'un jaunissement des images, d'une impression de manque de lumière avec diminution de la sensibilité aux contrastes.

Les personnes atteintes de DMLA ont un scotome avec perte de leur fixation centrale. Cette perte de fixation entraîne une incapacité à lire les petites lettres dans un document. Dans un premier temps, les personnes ont l'impression que les lettres sont déformées et qu'elles dansent, qu'elles ondulent. Puis les lettres sont comme mitées et enfin il manque des lettres, des mots. Les visages et les expressions ne sont plus perçus, les personnes qu'elles croisent dans la rue apparaissent légèrement déformées puis, avec l'évolution, ne sont plus reconnues.

L'utilisation de la vision périphérique permet la prise d'informations provenant de l'environnement comme la vision d'un passage piéton. Les éléments en mouvement peuvent être vus et localisés. Les déplacements à l'extérieur sont possibles. L'épluchage des légumes est toujours possible grâce à la mémoire kinesthésique dit mémoire du mouvement. L'attitude devant le poste de télévision fait prendre conscience à la personne de la meilleure position de sa tête et de ses yeux pour une utilisation optimale de sa rétine. À partir de cette prise de conscience, une rééducation peut être envisagée et apporter une aide significative à ces patients.

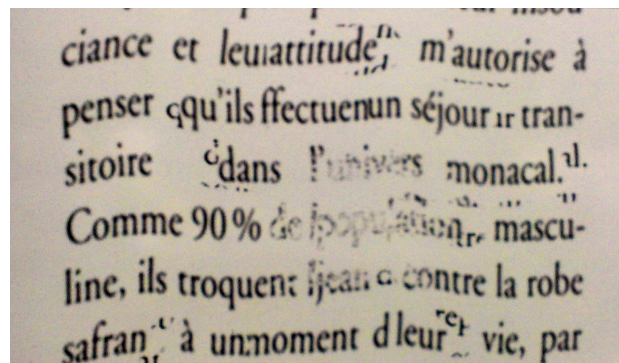


Images avec diminution de la sensibilité aux contrastes



seaux au deuxième oeil chez des personnes ayant déjà deve
unnéovaisseau au premier oeil. On recommande aux person
rticipant aux essais de consulter rapidement en cas d'appar
de symptômes évocateurs de néovaisseaux évaluades personne
de prévenir l'apparition de néovaisseaux au deuxième oeil c
personnes ayant onnes symptômes évocateurs de néovaisseaux
d'évaluades personnes ayant onnes symptômes évocateurs de né
seaux au deuxième oeil chez des personnes ayant déjà deve
unnéovaisseau au premier oeil. On recommande aux person
rticipant aux essais de consulter rapidement en cas d'appar
de symptômes évocateurs de néovaisseaux évaluades personne
de prévenir l'apparition de néovaisseaux au deuxième oeil c
personnes ayant onnes symptômes évocateurs de néovaisseaux
d'évaluades personnes ayant onnes symptômes évocateurs de né
seaux au deuxième oeil chez des personnes ayant déjà deve
unnéovaisseau au premier oeil. On recommande aux person
rticipant aux essais de consulter rapidement en cas d'appar
de symptômes évocateurs de néovaisseaux évaluades personne

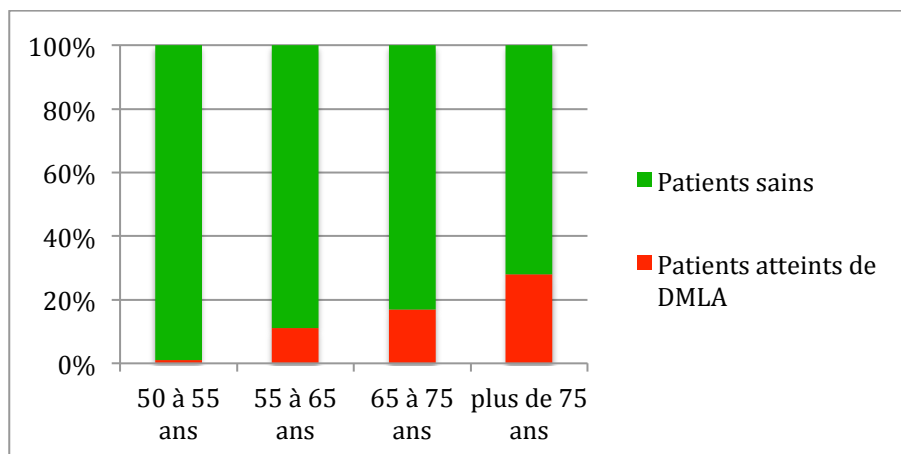
Métamorphopsies (sur une grille d'Amsler) associées à un scotome central (sur un texte)



Exemple de texte perçu déformé et « troué »

Épidémiologie

La DMLA, toutes formes confondues, concerne environ 8% de la population française et est la première cause de déficience visuelle dans les pays industrialisés. Sa fréquence augmente avec l'âge.



Répartition de la population atteinte de DMLA par tranche d'âge

En France, parmi les 8 à 10 millions de personnes âgées de plus de 65 ans, on peut estimer actuellement à plus de 1,5 millions l'ensemble des personnes présentant des signes, même mineurs de DMLA.

La population française de plus de 65 ans atteindra 12 millions d'ici à 2020. Le nombre de personnes atteintes de DMLA, même dans les formes mineures, pourrait donc augmenter de 50%, pour atteindre 2,25 millions en 2030.

1.2.2 Myopie forte dégénérative

Définition

La myopie est le plus souvent un trouble de la réfraction dû à un œil 'trop long'. Dans la myopie, la focalisation de l'image d'un objet éloigné se forme donc en avant de la rétine et la vision de loin est floue. Par contre, la vision de près reste nette. Plus la myopie est forte, plus le texte doit être rapproché.

La myopie forte apparaît en général tôt et évolue tout au long de la vie, entraînant des atteintes du pôle postérieur.

La myopie forte rend l'œil plus fragile et est la 4^{ème} cause de malvoyance en Europe. C'est une myopie dégénérative, ou myopie-maladie évolutive, définie par une amétropie supérieure à -6 dioptries et une longueur axiale supérieure à 26 mm (LA = 23mm pour un œil emmétrope), pouvant atteindre 35 mm pour une myopie extrêmement forte.

Conséquences fonctionnelles

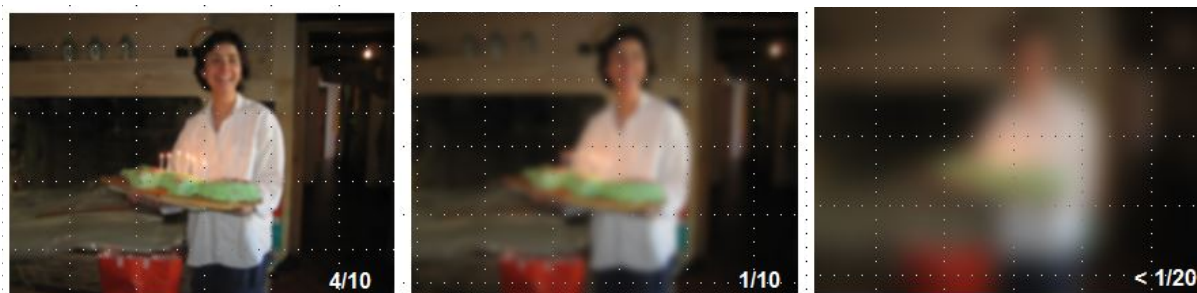
Le patient se plaint d'une baisse de vision, qui évolue sans cesse au fil des ans. Au bout d'un moment, la correction réfractive ne comble pas complètement le manque de vision et les complications anatomiques associées rajoutent des gênes visuelles telles que des métamorphopsies (déformations), des myodesopsies ('mouches' ou corps flottants) ou des phosphènes (éclairs).



Vision d'un œil normal



Vision d'un œil myope



Images illustrant la diminution progressive de l'acuité visuelle

1.2.3 Glaucome

Définition

Le glaucome peut être considéré comme un groupe de maladies oculaires ayant en commun une perte acquise caractéristique des cellules rétinienne ganglionnaires, à des niveaux au delà de la perte normale due à l'âge, et à une atrophie correspondante du nerf optique, mis en évidence par une perte de sensibilité du champ visuel et conduisant à long terme à une déficience visuelle irréversible.

Il existe plusieurs types de glaucome.

◆ Le Glaucome Chronique à Angle Ouvert (GCAO) : il peut être dû à une augmentation de la pression intra-oculaire du fait de la sclérose du trabéculum liée à l'âge

◆ Le Glaucome Aigu par Fermeture de l'Angle (GAFA) : il est entraîné par une hypertonie oculaire causée par une fermeture de l'angle irido-cornéen, qui empêche l'évacuation de l'humeur aqueuse et fait monter la pression

◆ Le glaucome congénital : il est provoqué par une obstruction de l'angle irido-cornéen par une membrane résiduelle embryonnaire

Conséquences fonctionnelles

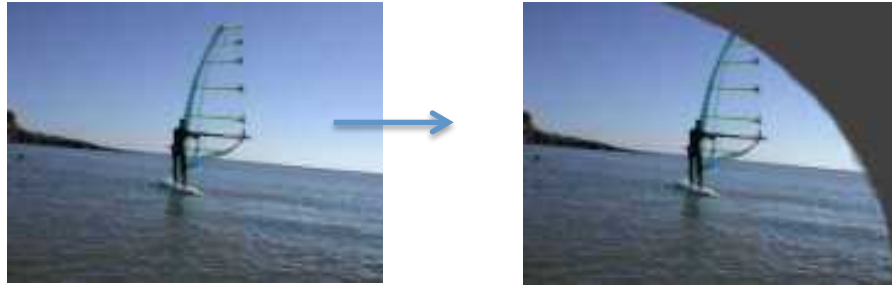
Cette affection ne présente pas de signes fonctionnels au début et pendant une partie importante de l'évolution. Le diagnostic précoce ne peut se faire que par un examen clinique ophtalmologique systématique. Le déficit visuel, très variable d'un patient à l'autre, peut aller d'une atteinte du champ visuel périphérique jusqu'à la cécité complète (pas de perception lumineuse ni de champ visuel). Cette affection évolue lentement et sournoisement, parfois malgré le traitement.

Lorsque le patient ressent une gêne, l'atteinte du champ visuel est déjà très importante. Elle se manifeste par une impression de ne pas voir venir des objets, mais la personne ne réalise pas qu'il s'agit d'un problème visuel. L'évolution étant lente, le patient s'adapte progressivement au rétrécissement de son champ visuel par un phénomène d'adaptation (complétion cérébrale). Il attribue ses problèmes à l'inattention ou à une trop grande vitesse des objets. Dans ces conditions, il est difficile de lui faire prendre conscience que certaines tâches, comme la conduite de sa voiture, deviennent dangereuses. Un mouvement systématique de balayage permettrait de prendre le maximum d'informations mais l'arthrose cervicale, si fréquente dans la population âgée, limite les mouvements de la tête et donc cette possibilité de compensation.

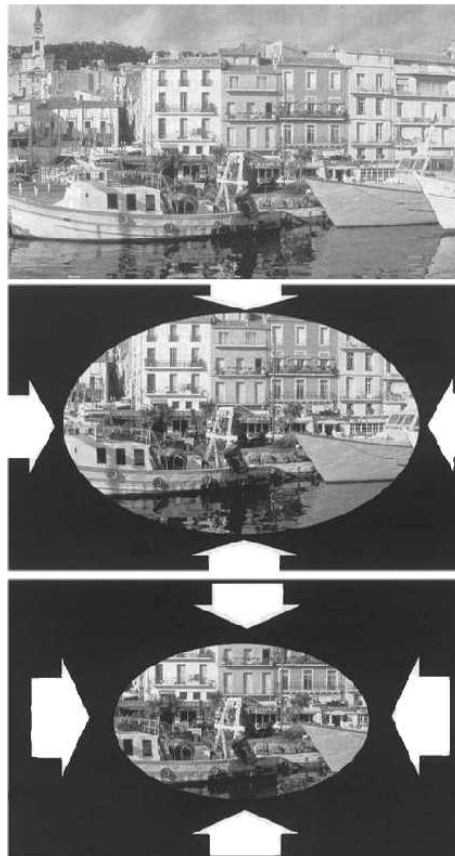
Les travaux fins comme enfiler une aiguille peuvent être effectués si la personne parvient à localiser et à maintenir l'aiguille dans son champ de vision.

La lecture du journal ou d'un livre reste possible, parfois plus facilement que celle des caractères agrandis.

Mais les personnes qui ont une vision tubulaire sont très gênées dans leurs déplacements. Elles peuvent heurter des objets ou des personnes lors de leurs déplacements, même quand elles sont dans des situations habituelles. Elles doivent être aidées pour découvrir un environnement nouveau.



Exemple de scotome arciforme



Représentation du rétrécissement du champ visuel aboutissant à une vision tubulaire

Épidémiologie

Le glaucome est responsable d'environ 25% des états de basse vision dans les pays développés. En France, il touche 700 000 à 800 000 personnes et sa fréquence augmente avec l'âge.

1.2.4 Rétinopathies pigmentaires

Définition

Les rétinopathies pigmentaires constituent un groupe de maladies dégénératives héréditaires de la rétine, caractérisées par la perte progressive des photorécepteurs et/ou par un dysfonctionnement de l'épithélium pigmentaire.

L'âge de début de ces affections dégénératives rétinienne est variable. Elles peuvent être présentes dès la naissance ou ne débuter qu'au-delà de 50 ans. Leur évolution se fait plus ou moins rapidement, mais inexorablement vers un handicap visuel d'intensité variable.

Les rétinopathies pigmentaires peuvent être isolées (65 à 85% des cas) ou s'associer à des anomalies générales : rénales, auditives, neurologiques, métaboliques ...

Tous les modes de transmission génétique sont retrouvés. D'autre part, des facteurs environnementaux, tels que l'exposition solaire, participent au déclenchement de ces maladies.

On décrit trois formes classiques de rétinopathie pigmentaire.

♦ La rétinopathie pigmentaire de type rod-cone isolée

⇒ l'atteinte porte initialement sur les bâtonnets et l'atteinte maculaire est tardive

Le premier signe constaté par les patients porteurs de cette affection est une gêne de la vision nocturne (ou héméralopie). La baisse d'acuité visuelle est souvent beaucoup plus tardive, la maladie épargnant longtemps la macula. Cette héméralopie est parfois peu handicapante, les patients se déplaçant sans problème dans un environnement familier. Les altérations initiales du champ visuel sont très évocatrices. Un scotome annulaire va s'étendre vers la périphérie du champ visuel et vers le centre. Néanmoins, la vision sur les quelques degrés centraux reste longtemps préservée. Ce déficit du champ visuel est compatible avec une acuité visuelle peu effondrée, mais n'en est pas moins handicapant dans la vie courante. Le patient est incapable de repérer les obstacles (personnes, matériel urbain, rebord du trottoir ...) lorsqu'il se déplace dans la rue, ne voyant que devant lui. La perturbation de la vision des couleurs est parfois perçue, mais elle est rarement au premier plan.



Héméralopie apparaissant à différents stades de la rétinopathie pigmentaire



Réduction progressive du champ visuel chez un patient atteint de rétinopathie pigmentaire

◆ La rétinopathie pigmentaire symptomatique

Les rétinopathies pigmentaires peuvent être associées à de nombreuses anomalies générales.

⇒ Atteinte auditive

Le syndrome d'Usher associe une rétinopathie pigmentaire à un trouble de l'audition. Lorsque la surdité est congénitale, elle s'associe à une mutité et à des troubles de l'équilibre. L'atteinte ophtalmologique survient précocement et évolue vers la cécité avant l'âge de 20 ans. Cette forme réalise un enfermement complet du patient qui est sourd, muet et aveugle.

Le syndrome d'Alport associe des anomalies ophtalmologiques à une surdité nécessitant le port d'un appareil auditif, une néphropathie, aboutissant à une insuffisance rénale terminale et à la dialyse. La rétinopathie n'est jamais cécitante. L'existence d'une déformation conique de la face antérieure du cristallin (lenticône antérieur) est caractéristique mais inconstante.

Le syndrome de Kearns Sayre associe une surdité à une rétinopathie pigmentaire d'apparence particulière, non cécitante. Il existe des troubles de la conduction cardiaque, des déficits musculaires (notamment des muscles oculomoteurs) et des troubles neurologiques.

⇒ Troubles rénaux

Outre le syndrome d'Alport, le syndrome de Senior Loken associe à une rétinopathie pigmentaire d'apparition précoce (avant l'âge de 10 ans) une polykystose rénale aboutissant à une insuffisance rénale terminale et à la dialyse.

◆ La cone-rod dystrophy

Elle est la forme inverse de la rétinopathie pigmentaire, affectant en premier lieu la macula. La photophobie, très invalidante, est souvent le premier signe visuel. Elle peut précéder la baisse d'acuité visuelle qui est précoce et souvent sévère, inférieure à 1/10^{ème}. Le champ visuel retrouve un scotome central d'apparition progressive, parallèlement à la baisse d'acuité visuelle. Au cours de l'évolution, la dégénérescence rétinienne progresse plus ou moins rapidement vers la périphérie rétinienne. Cette atteinte entraîne des troubles de la vision nocturne, ainsi que des déficits du champ visuel périphérique.

La « cone-rod dystrophie » doit être différenciée d'une maculopathie particulière, la dystrophie des cônes, au cours de laquelle la dégénérescence maculaire ne progresse pas vers la rétine périphérique. Seule la vision diurne est perturbée, alors que la vision nocturne est préservée.



Vue d'une même scène sous la pluie, sans et avec hypersensibilité à l'éblouissement

1.2.5 Cérébrolésions

Il s'agit d'une destruction plus ou moins étendue du tissu nerveux, entraînant un déficit dans la perception, la cognition, la sensibilité ou la motricité en fonction de la région atteinte. Plusieurs phénomènes peuvent en être la cause.

◆ L'AVC (Accident Vasculaire Cérébral)

Un accident vasculaire peut être provoqué par l'obturation d'un vaisseau sanguin par un caillot de sang, entraînant une interruption de la circulation sanguine cérébrale : c'est l'AVC ischémique. Il peut aussi être dû à une rupture d'un vaisseau sanguin à l'intérieur du cerveau entraînant une hémorragie : c'est l'AVC hémorragique.

Au niveau de la vision, on note une perte de la vision d'un œil (cécité unilatérale), une hémianopsie ou encore une diplopie. Dans certains cas on peut avoir une perte de la vision des couleurs (achromatopsie cérébrale).

Lorsque l'AVC atteint les voies optiques après leur croisement, il se traduit par une hémianopsie latérale le plus souvent homonyme controlatérale à la paralysie motrice. Selon la localisation de la lésion, la zone maculaire peut-être atteinte.

L'AVC pouvant entraîner une hémiplégie et une aphasie (trouble du langage écrit et oral affectant l'expression et la compréhension) notamment, il faut en tenir compte lors des séances de rééducation/réadaptation afin d'utiliser des exercices adaptés.



Illustration d'hémianopsie latérale homonyme gauche secondaire à un AVC

Conséquences fonctionnelles

En cas d'hémianopsie latérale homonyme, la personne voit son champ de vision réduit de moitié le plus souvent brutalement. Chez le sujet âgé, cette anomalie du champ visuel peut amplifier un trouble de l'équilibre préexistant. Lors des déplacements, la personne ne détecte pas les obstacles et se cogne toujours du même côté. De même, elle peut être surprise lorsque quelqu'un surgit du côté du déficit. Cependant, la perception du mouvement dans le champ visuel atteint peut persister : le patient ne verra pas un objet immobile, mais le verra en mouvement et pourra même le saisir. En vision rapprochée, la personne renverse les objets situés dans l'hémichamp concerné ou les ignore en cas de conservation de la vision centrale. Par exemple, lors d'un repas, la personne ne mange que la moitié de l'assiette, là où elle perçoit la nourriture. Lors de la lecture, elle omet le début ou la fin de la ligne selon le siège de l'hémianopsie, et ne comprend pas le sens des phrases. Certaines personnes, conscientes de leur déficit parviennent à compenser l'espace non vu par un mouvement volontaire de la tête du côté du champ visuel non perçu.

◆ Les Traumatismes crâniens (AVP)

Ce terme désigne toute lésion d'origine traumatique qui implique le crâne et/ou les structures intracrâniennes et entraîne un dysfonctionnement neurologique transitoire ou définitif. Les troubles qui en résultent peuvent concerner toutes les fonctions cérébrales (la conscience, la motricité, le langage, le comportement, le caractère et les fonctions cognitives).

Sur le plan visuel, on remarque une diplopie, une réduction du champ visuel et une baisse de l'acuité visuelle.

Comme l'AVC, un traumatisme crânien engendre des troubles multiples qui peuvent compliquer les séances de rééducation/réadaptation.

1.2.6 Rétinopathie diabétique

Définition

La durée d'évolution du diabète est le principal facteur de risque de l'atteinte rétinienne. Il est possible d'agir en équilibrant au mieux le diabète, en traitant efficacement une hypertension artérielle associée et en normalisant les paramètres du bilan lipidique. Le diagnostic tardif et la mauvaise régulation des taux de glycémie entraînent des rétinopathies diabétiques importantes au grand âge. Les lésions observées au niveau rétinien sont le reflet de ce qui pourrait être constaté sur l'ensemble des petits vaisseaux de l'organisme (reins, nerfs, tissus cutanés et sous-cutanés ...)

En revanche, pour le diabète mineur et d'apparition tardive, la rétinopathie diabétique a peu de conséquences fonctionnelles.

Conséquences fonctionnelles

Comme pour le glaucome, les personnes diabétiques méconnaissent souvent longtemps leur déficit visuel.

Toutes les atteintes sont possibles : apparition de taches dans le champ visuel, hémorragies provoquant un voile noir ou rougeâtre, oedèmes réiniens entraînant une déformation de la zone fixée, associée à un brouillard visuel. La vision peut être globalement floue ou morcelée, les contrastes mal définis, les distances difficiles à évaluer et les reliefs peu ou pas perçus. La tolérance aux fortes luminosités est inférieure à la normale. L'évolution étant très lente, le patient s'habitue progressivement à son déficit. Par le phénomène de complétion cérébrale, le patient ressent moins fortement ces gênes, voire ne les ressent pas du tout.



Représentation de la vision d'une personne atteinte de rétinopathie diabétique

1.2.7 Autres atteintes rétiniennes

◆ La maladie de Stargardt

Cette forme particulière de maculopathie est la plus fréquente des dégénérescences maculaires héréditaires. Sa transmission est autosomique récessive.

Elle est due à une mutation d'un gène particulier, le gène ABCR ou ABCA4. Ce gène code une protéine présente dans les photorécepteurs participant au renouvellement du pigment visuel. En son absence, des résidus s'accumulent dans les photorécepteurs entraînant leur dégénérescence. Cette maladie débute entre 6 et 15 ans. L'atteinte rétinienne intéressant la région maculaire, la gêne visuelle porte principalement sur la vision centrale et se manifeste par une baisse d'acuité visuelle bilatérale définitive d'apparition rapide et par une intense photophobie. En une année, la vision de ces enfants passe de 10/10^{ème} à 1/10^{ème} environ. Les patients présentent un scotome central mais laissant une vision excentrée. Ces patients ne deviennent pas aveugles, leur vision périphérique étant préservée, leur permettant une certaine autonomie de déplacement. Il existe un trouble de la perception des couleurs également très évocateur.

◆ La Maladie de Best ou dystrophie vitelliforme

C'est une affection génétique à transmission autosomique dominante, entraînant une accumulation de lipofuscine au sein de l'épithélium pigmentaire de la rétine. Le diagnostic est habituellement porté dans l'enfance.

Les conséquences fonctionnelles initiales sont modérées : dyschromatopsie d'axe bleu-jaune et baisse d'acuité visuelle.

L'atrophie maculaire finale est la règle, souvent tardive, au-delà de 40 ans. Cependant, l'expressivité de la maladie est extrêmement variable et la sévérité clinique également.

1.2.8 Affections du nerf optique

Le groupe des neuropathies optiques constitue un ensemble de maladies caractérisées par une anomalie de transmission du message visuel de la rétine vers le système nerveux central. La profondeur et la vitesse d'installation du handicap visuel dépendent des différentes étiologies de ces neuropathies optiques.

◆ La neuropathie optique de Leber

Elle est associée à la présence de mutations de l'ADN mitochondrial. En outre, d'autres facteurs génétiques ou environnementaux semblent participer à sa survenue. Il semble que toutes les situations responsables d'une augmentation de la consommation d'énergie par les cellules puissent constituer un facteur déclenchant.

Elle débute généralement entre 15 et 30 ans. La baisse d'acuité visuelle, d'abord unilatérale, s'installe en une semaine environ. Celle-ci est d'emblée profonde, avec une acuité visuelle comprise entre 1/50^{ème} et une perception lumineuse du fait du scotome central. Dans la majorité des cas, l'autre œil est atteint de manière identique en moins de deux mois. La baisse d'acuité visuelle est le plus souvent définitive.

◆ L'atrophie optique dominante

La symptomatologie de l'atrophie optique dominante varie en fonction du gène muté.

Le type OPA1 débute classiquement vers l'âge de 5 ans, parfois plus tôt. L'évolution de la baisse d'acuité visuelle est variable, parfois d'emblée très sévère inférieure à 1/10^{ème} avec une atteinte de type centrale, parfois très lentement évolutive, laissant une acuité visuelle de l'ordre de 8/10^{ème} vers l'âge de 20 ans et ne devenant invalidante que vers la cinquantaine. Le champ visuel montre un scotome central. Par contre, l'atteinte de la vision des couleurs ou dyschromatopsie acquise de type bleu-jaune est caractéristique de cette affection.

Le type OPA3 présente un mode évolutif de l'atrophie optique identique à celui présenté dans la forme de type OPA1, mais une cataracte apparaît systématiquement avant l'âge de 10 ans.

Le type OPA5 serait source de neuropathies optiques associées à une surdité.

◆ Les neuropathies optiques toxiques

Les formes « toxiques » de neuropathie optique sont fréquentes, indolores, bilatérales et peuvent aboutir à des handicaps visuels sévères et définitifs.

Les intoxications par ingestion de méthanol sont responsables de cécités définitives aiguës apparaissant en quelques heures, alors que l'intoxication alcool-tabagique a une évolution chronique sur plusieurs mois et est susceptible de régression à l'arrêt de l'intoxication. Les neuropathies optiques antérieures ou rétrobulbaires, avec scotome central ou simple élargissement de la tache de Mariotte, sont les plus caractéristiques. Enfin, le pronostic visuel est conditionné par la nature du toxique, l'ancienneté de l'intoxication et les possibilités de l'interrompre. Lorsque l'intoxication est arrêtée précocement, la récupération est souvent à peu près complète. Néanmoins, des séquelles définitives, parfois sévères, peuvent persister.

L'intoxication alcoolique chronique aboutit après plusieurs mois à une neuropathie optique toxique dite rétrobulbaire. La baisse de l'acuité visuelle est progressive. D'abord peu importante, la gêne visuelle devient plus marquée puis, finalement, invalidante. Le relevé du champ visuel confirme la présence d'un scotome caeco-central gênant la lecture. La perception des couleurs est souvent perturbée et cette anomalie est ressentie par le patient. Cette neuropathie optique toxique caractéristique peut totalement régresser en cas de sevrage alcoolique complet.

Une intoxication tabagique associée constitue un facteur aggravant la neuropathie optique alcoolique. En effet, la nicotine est responsable de troubles de l'accommodation plus ou moins régressifs.

◆ Les névrites optiques

Ce terme désigne toutes les atteintes du nerf optique secondaires, d'origine inflammatoire, qu'elle qu'en soit la cause. Ces névrites optiques, unilatérales ou bilatérales, sont responsables de baisses d'acuité visuelle brutales, souvent sévères, avec présence d'un scotome central au champ visuel. Ce scotome gêne la vision fine et la lecture. L'existence de douleurs à la mobilisation des yeux est fréquente. Certaines étiologies, telles que les atteintes postvirales, présentent un meilleur pronostic avec récupération plus ou moins complète de l'acuité visuelle. D'autres pathologies, comme la sclérose en plaques, la neurosarcoïdose ou le lupus érythémateux aigu disséminé, sont parfois sources de handicap visuel résiduel.

La sclérose en plaques évolue par des poussées successives de moins en moins régressives. À chaque nouvelle poussée touchant le nerf optique, l'acuité visuelle est susceptible de s'altérer et le champ visuel de se dégrader. Le retentissement de ce handicap visuel est d'autant plus marqué que s'y associent d'autres séquelles neurologiques sensitivo-motrices ou neuro-ophtalmologiques de type diplopie, paralysie oculomotrice ou oscillopsies.

◆ Les neuropathies optiques d'origine vasculaire

Il existe deux formes extrêmement fréquentes d'atteinte vasculaire de la papille optique, relevant de deux mécanismes différents : l'artérite à cellules géantes (maladie de Horton) et la neuropathie optique ischémique antérieure aiguë, dite « non artéritique ».

Quels que soient leur sévérité et leur caractère uni ou bilatéral, elles sont responsables d'un handicap d'autant plus important qu'elles concernent des patients plus âgés, dont la plasticité cérébrale est réduite, et qui ont souvent des difficultés à s'habituer à un nouvel équilibre visuel.

La maladie de Horton est une maladie inflammatoire de toutes les artères de moyen calibre de l'organisme, observée après 50 ans. Au niveau oculaire, cette maladie est responsable d'un arrêt brutal de vascularisation de la papille optique. Cette ischémie entraîne une perte définitive et totale de la vision de l'œil atteint. L'œil controlatéral peut être rapidement atteint en l'absence de traitement.

Les autres artères de moyen calibre de l'organisme sont également touchées au cours de cette maladie. Ceci permet d'expliquer les manifestations cliniques dont se plaignent les patients : diplopie, douleurs spontanées du cuir chevelu ou lors du passage du peigne, claudication de la mâchoire, induration des artères temporales. D'autres manifestations générales sont évocatrices de cette affection : amaigrissement, altération de l'état général avec pâleur, fièvre.

Dans la neuropathie optique ischémique antérieure aiguë l'acuité visuelle peut être relativement bien conservée, généralement unilatérale, et il existe un déficit du champ visuel limité à un quadrant ou à un hémichamp, supérieur ou inférieur. Ce déficit peut être extrêmement handicapant lorsqu'il est très proche du point de fixation, la fovéa, induisant des distorsions des images ou un décalage de ce que chaque œil perçoit. Selon le mécanisme causal, l'œil controlatéral peut rester indemne de tout déficit visuel ou présenter un risque majeur d'être atteint à son tour. Son évolution est variable avec de possibles récupérations. Cette forme d'atteinte ischémique de la papille optique et du champ visuel survient chez des patients plus jeunes.

1.2.9 Malformations oculaires

◆ Les Colobomes

Le colobome oculaire est dû à une anomalie de fermeture de la fissure fœtale, conduisant à un défaut de développement pouvant toucher le cristallin, l'iris, la choroïde ou la rétine, survenant vers la 6^{ème} semaine de vie embryonnaire.

Le colobome n'est pas une pathologie évolutive. Selon la structure atteinte, il peut résulter une acuité visuelle réduite et des pertes de champ de vision.

Les colobomes chorio-rétiniens et les colobomes papillaires peuvent s'accompagner de décollement de rétine et/ou de cataracte.

◆ La Microphtalmie

C'est une malformation congénitale rare caractérisée par une réduction des dimensions du globe oculaire. Le potentiel de développement visuel dépend de l'existence d'une rétine et d'autres caractéristiques oculaires.

◆ L'aniridie

C'est une malformation oculaire congénitale caractérisée par l'absence complète ou partielle de l'iris. L'aniridie isolée peut s'associer à d'autres anomalies oculaires telles que la cataracte, le glaucome, le pannus cornéen, une hypoplasie du nerf optique, l'absence de réflexe photomoteur, une ectopie du cristallin, un nystagmus, une photophobie, qui conduisent généralement à un déficit visuel important.

1.2.10 Autres affections

◆ La cataracte

C'est une opacification évolutive du cristallin. Après l'âge de 65 ans en moyenne, cette opacification entraîne d'une part une modification de la correction optique, et d'autre part une baisse d'acuité visuelle progressive. La prise prolongée ou à haute dose de corticoïdes, des pathologies telles le diabète et des traumatismes oculaires peuvent par ailleurs accélérer la survenue d'une cataracte. Une intervention chirurgicale bien codifiée, consistant à remplacer le cristallin opacifié par un implant intraoculaire, permet de recouvrer une acuité visuelle normale, à condition que l'état de la rétine et des voies optiques le permettent.

Il existe également des cataractes congénitales, présentes dès la naissance ou néonatales apparaissant dans les premiers mois de vie. Le pronostic visuel des enfants porteurs de cataracte congénitale est d'autant plus favorable que l'intervention est réalisée précocement.

Conséquences fonctionnelles

Outre les modifications de la correction optique, l'opacification débutante du cristallin est responsable d'une diffraction ou dispersion des rayons lumineux entrant dans l'œil. Celle-ci est responsable d'une photophobie parfois plus handicapante que la baisse d'acuité visuelle, et cette diffraction peut également entraîner une diplopie monoculaire.

La baisse d'acuité visuelle est bilatérale, lentement progressive et il est impossible de prévoir son évolution. Elle porte généralement sur la vision de loin. Elle est diversement ressentie, décrite comme un flou visuel, un brouillard, une perte des contrastes nécessitant plus de lumière. Les patients n'ont parfois pas conscience de son apparition, s'habituant à leur condition visuelle. Cette situation est potentiellement dangereuse, en particulier pour la conduite automobile.



Comparaison entre une vision normale et une vision avec cataracte

◆ Les uvéïtes

C'est une inflammation de l'uvée. Elle peut atteindre différentes structures de l'œil (iris, vitré, choroïde, rétine), entraînant : baisse d'acuité visuelle, myodésopsies, douleurs, rougeurs et vision floue. Lorsqu'elle est traitée, une uvéite guérit en général bien et sans séquelles. Toutefois, les récurrences sont fréquentes et leur répétition va favoriser l'apparition des complications, comme le développement d'une cataracte ou d'un glaucome, un décollement de rétine, des anomalies de la circulation sanguine au niveau du nerf optique. Le principal risque d'évolution d'une uvéite non traitée est donc la perte plus ou moins importante de la vision.

◆ L'achromatopsie

Elle est caractérisée par une absence de la vision des couleurs. La forme congénitale est due à une atrophie de cause génétique des cônes. Cette pathologie se manifeste par une absence de vision des couleurs, une acuité visuelle basse, un nystagmus et une photophobie. Les patients perdent non seulement la vision des couleurs mais également la capacité à se les représenter mentalement.



Comparaison entre une vision normale et une vision achromatique

◆ Les stries angioïdes

Il s'agit de lésions rares du fond d'œil, qui sont souvent associées à des pathologies générales. Les stries angioïdes sont des craquelures de la membrane de Bruch, située sous la rétine. La rupture de la membrane de Bruch va entraîner l'émergence de néovaisseaux venant de la choroïde. Ces vaisseaux vont soulever la rétine et donner de nombreuses complications pouvant aboutir à une diminution sévère de l'acuité visuelle.

1.3 Centres de prise en charge de la Basse Vision adulte en France : Soins de Suite et de Réadaptation [20] [21] [22] [23] [24] [25] [26] [27] [28]

1.3.1 Définition

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en établissement privé ou public, a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients, et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Une structure autorisée en SSR assure les missions suivantes :

- des soins médicaux, curatifs et palliatifs
- de la rééducation et réadaptation
- des actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

Le secteur des SSR connaît un développement continu, compte tenu des besoins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population. Cette offre est également de plus en plus sollicitée du fait de la diminution des durées moyennes de séjour en médecine et en chirurgie.

Les missions de ce secteur, de nature sanitaire, sont axées sur le retour du patient vers son lieu de vie ou de travail. C'est pourquoi il représente un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unités de soins de longue durée ou secteur médico-social. Les SSR constituent donc aujourd'hui les pivots des filières de prise en charge, dont ils assurent la fluidité.



3 missions :

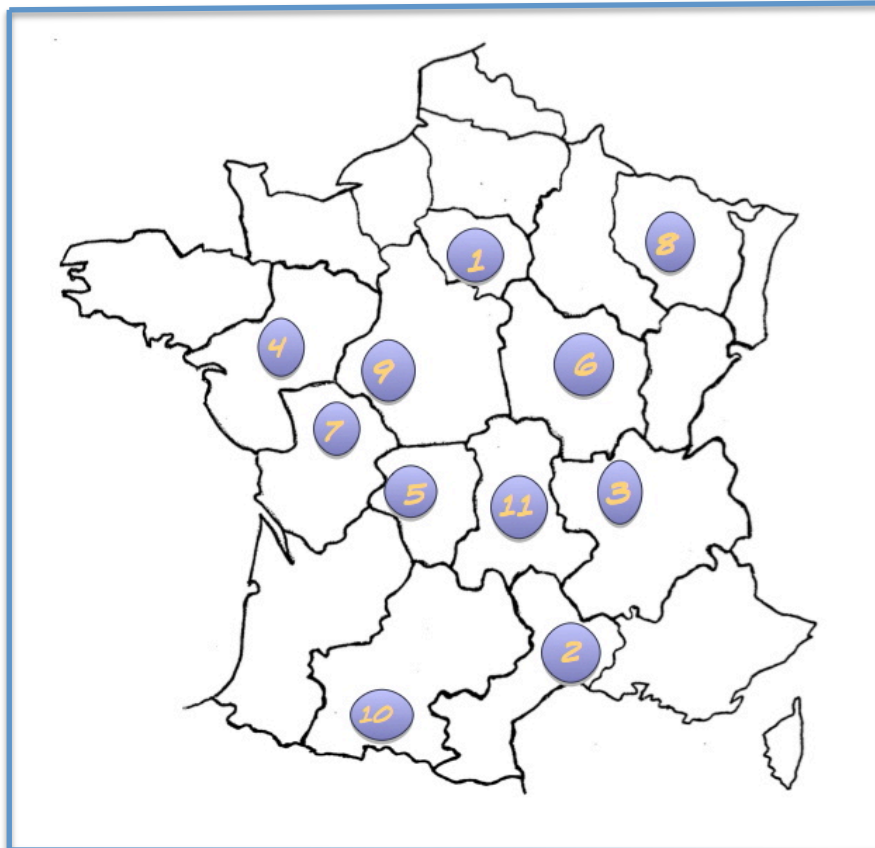
- À travers la rééducation, les SSR aident le patient à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L'objectif est, autant que possible, la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction.
- Si les limitations des capacités du patient s'avèrent irréversibles, les SSR assurent la réadaptation du patient. Le but est de lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et de pouvoir les contourner autant que possible.

- Au-delà des soins médicaux et après stabilisation de l'état de santé du patient, les SSR ont pour objectif final d'assurer sa réinsertion. Pour lui garantir une réelle autonomie, dans sa vie familiale et professionnelle, les établissements vont le rapprocher au maximum des conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier. La réinsertion représente donc l'aboutissement d'une prise en charge totalement personnalisée du patient.

1.3.2 Établissements

On répertorie actuellement 11 centres de soins de suite et de réadaptation pour adultes déficients visuels en France, avec des projets d'ouverture de centres à Saint Briec, Lille, Nice, Troyes, Albi, Grenoble.

La différence majeure entre les centres réside dans le mode d'hospitalisation : complète ou de jour.



Carte de France des centres de Soins de Suite et de Réadaptation pour adultes en Basse Vision

1) Fondation Sainte Marie : Centre de Rééducation pour personnes Malvoyantes (CRPM) et Centre de Réadaptation Fonctionnelle pour Aveugles ou Malvoyants (CRFAM)

=> Paris

=> ouverts en 1963 pour le CRFAM et en 1994 pour le CRPM

=> 12 places en hôpital de jour et 34 places en hospitalisation complète

2) Institut ARAMAV

=> Nîmes

=> ouvert en 1990

=> 20 places en hospitalisation complète et 2 places en hôpital de jour, séjours entre 1 mois et ½ et 6 mois

=> adultes de plus de 18 ans

3) Service Ambulatoire de Rééducation et de Réadaptation pour Déficients Visuels (SARRDV)

=> Lyon

=> ouvert en 2001

=> 15 places en hôpital de jour

4) Centre Régional Basse Vision (CRBV)

=> Angers

=> ouvert en 2003

=> 10 places en hôpital de jour

=> adultes de plus de 20 ans

5) Hôpital de jour BAUDIN

=> Limoges

=> ouvert en 2007

=> 7 places en hôpital de jour

6) CRRBV : Centre de Rééducation et Réadaptation Basse Vision

=> Dijon

=> ouvert en 2008

=> 2 places en hôpital de jour

7) Centre Régional Basse Vision et Troubles de L'Audition (CRBVTA)

=> Poitiers (Saint Benoit)

=> ouvert en 2009

=> 7 places en hôpital de jour

8) Centre Lorrain d'Évaluation et de Réadaptation en Basse Vision (CLER)

=> Nancy

=> ouvert en 2009

=> 5 places en hôpital de jour

=> adultes de plus de 20 ans

9) Centre Basse Vision de Bois Gilbert

=> Tours (Ballan Miré)

=> ouvert en 2010

=> 7 places en hôpital de jour

10) Centre André Mathis (A.S.E.I : Agir, Soigner, Éduquer, Insérer)

=> Toulouse (Saint Gaudens)

=> ouvert en 2011

=> adultes de plus de 18 ans

=> 15 places en hospitalisation complète, séjours entre 2 et 6 mois

11) Auvergne Basse Vision (ABV)

=> Clermont-Ferrand

=> ouvert en 2011

=> 7 places en hôpital de jour

=> adultes de plus de 20 ans

2 La Basse Vision en Auvergne au centre ABV

2.1 Présentation du centre [28] [29] [30] [31] [32]

Ouvert à Clermont-Ferrand le 8 Septembre 2011, le service Auvergne Basse Vision est le premier établissement spécialisé dans la prise en charge de la basse vision chez les patients adultes en Auvergne.

Son inauguration a pour but de répondre aux attentes d'une population vieillissante croissante, avec ses pathologies invalidantes associées. De plus, il permet de rassembler au sein d'une même structure des professionnels de la basse vision, afin d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire et complète.

Sa création fut le fruit de la volonté des associations spécialisées de la région Auvergne, de la communauté des médecins ophtalmologistes et de l'Agence Régionale de Santé, ainsi que d'un travail et d'un investissement en amont importants de la part du Pr RIGAL et de ses collaborateurs.

C'est un hôpital de jour en soins de suite et réadaptation qui accueille des personnes âgées de plus de 20 ans, atteintes de déficience visuelle pour :

- évaluer leurs capacités fonctionnelles (visuelles, auditives, tactiles)
- leur proposer des séances de rééducation/réadaptation au service d'un projet individualisé visant à restaurer l'autonomie et la qualité de vie du patient

L'équipe pluridisciplinaire, spécialisée en basse vision, agit afin d'aider les personnes déficientes visuelles à la reprise d'activités telles que la lecture, la reconnaissance de la monnaie, l'écriture ou les déplacements par exemple.

Pour chaque patient, l'équipe médicale établit un bilan des capacités fonctionnelles. À la suite de ce bilan, un programme de rééducation/réadaptation adapté aux besoins du patient lui est proposé. Si le patient accepte ce projet, les séances peuvent commencer. Le temps de présence des patients est fonction de la durée des soins : il varie de quelques heures à la journée entière. Dans certains cas, les professionnels peuvent intervenir à domicile.

Le centre Auvergne Basse Vision est un centre ressource concernant la déficience visuelle, qui participe à des actions de sensibilisation du public et organise des formations professionnelles d'équipe soignante ou médico-sociale.

Le centre ABV est géré par l'association Santé & Bien être, établie à Villeurbanne près de Lyon, qui gère des centres de soins de suite et de réadaptation ainsi que des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

L'association est rattachée à l'Union d'Associations, qui s'occupe en un siège commun, avec le Comité Commun Activités Sanitaires et Sociales (propriétaire du CRDV), d'un ensemble de 62 établissements et services, présents dans 6 régions administratives, 17 départements, et comptant 2300 salariés au total.

2.2 Prise de contact avec le centre, notoriété [28] [33]

Les patients sont, pour la majorité, informés de l'existence du centre de basse vision par leur entourage médical, que ce soit leur médecin généraliste, leur médecin ophtalmologiste ou bien les professionnels paramédicaux ou sociaux.

Certains patients ont connaissance du centre via leur famille, amis, ou bien via les médias (journaux, radio, télévision ...).

Le centre dispose également de plaquettes de présentation distribuées dans les établissements médicaux. ([ANNEXE 1 : PLAQUETTE DE PRÉSENTATION DU CENTRE AUVERGNE BASSE VISION](#))

Des reportages ont été réalisés :

- un diffusé en Janvier 2014 par TV8 Clermont : <http://www.clermont-ferrand.fr/Le-Centre-Auvergne-Basse-Vision.html>

- un diffusé en Février 2015, comportant une présentation des différents professionnels et le témoignage de quelques patients :

https://www.youtube.com/channel/UCm47EmwMLXzZOaaaq1xue_A

Une interview du directeur du centre, Arnaud Grégoire, par la radio France Bleu Auvergne a eu lieu le 10 Octobre 2014 : <http://www.francebleu.fr/infos/l-invite-de-7-h-10-de-france-bleu-pays-d-auvergne/invite-7h10-10>

D'autre part, l'équipe d'ABV participe à des congrès ou événements autour de la prise en charge du handicap, organise des journées portes ouvertes et journées de sensibilisation auprès des professionnels.

La presse permet aussi d'informer le public avec les exemples suivants : article dans le quotidien La Montagne et le magazine Mag' ma santé.

SANTÉ ■ Ouvert le 8 septembre, le Centre régional de basse vision est plébiscité

Préserver l'autonomie sans la vue

Quand tout espoir de récupérer une acuité visuelle est perdu, on peut souvent travailler sur ce qu'il en reste pour préserver l'autonomie.

Anne Bourgas

On ne perçoit bien l'ampleur du problème que lorsque l'on ne voit plus rien. Ouvert il y a six mois, rue Sainte-Rose à Clermont-Ferrand, le Centre régional de basse vision (CRBV) a fait, vendredi, chausser des lunettes pédagogiques aux élus, partenaires et autres invités pour traverser ses ateliers. Et tout le monde a compris.

Lire devient une sinécure avec une dégénérescence maculaire. Repérer un mot dans un paysage avec un dixième d'acuité visuelle ? Impossible. Reconnaître la valeur des pièces de monnaies ? Une gageure.

Pour guider le visiteur dans l'exercice comme elle guide les personnes en perte d'autonomie, Karine Madelrieux, ergothérapeute et instructrice en « activités de la vie journalière » invite à se repérer aux couleurs. L'environnement devient un peu plus facile à percevoir par le tout petit point qu'accordent encore, à chaque œil, les lunettes à vision tubulaire. « On comprend tout l'intérêt des contrastes et de la luminosité, qui sont facilement modulables et qui changent complètement une situation ».

Ce sont ces choses, plus ou moins faciles à mettre en

mœuvre, que le centre travaille avec les personnes atteintes de déficiences visuelles pour lesquelles il n'existe plus de propositions thérapeutiques.

Ici, on ne rend pas la vision, mais les ophtalmologiste, orthoptiste, opticien et autres professionnels évaluent les capacités restantes et proposent des aides techniques pour mieux les utiliser. On travaille sur la psychomotricité, la découverte de nouvelles pratiques de locomotion, la rééducation dans la vie journalière. L'objectif : reconquérir des actes menacés ou peu à peu abandonnés...

« C'est un problème de santé publique... mais jusque-là, tous les projets que nous avions proposés étaient tombés dans l'indifférence tellement la malvoyance était mal connue », rappelle le Pr Rigal, ophtalmologue et pilier du projet. « 8 % à 10 % de la population âgée de plus de 65 ans sont candidats à la perte d'autonomie pour cause de basse vision ».

Cette fois, l'appui des élus et de l'Agence régionale de santé a permis de passer le cap : l'outil, extrêmement attendu, a ouvert le 8 septembre. Sans aucune publicité, le CRBV a distribué 70 dossiers et 33 patients de 34 à

97 ans sont déjà pris en charge. « Ce bilan est tellement positif que je ne sais pas comment nous allons faire », a conclu le Pr Rigal, qui prévoit déjà une saturation à courte échéance. ■

PRATIQUE

Fonctionnement. Géré par une Union d'associations (70 structures), le CRBV évalue les capacités fonctionnelles du sujet et lui propose un parcours personnalisé de rééducation réadaptation. Le fonctionnement est supporté par la Sécu. Tél. 04.73.19.10.00. Site : www.auvisio.org.



INAUGURATION. Vendredi, le directeur du CRBV, A. Grégoire, et le directeur général de l'Union d'associations, J.-P. Souriaux, ont invité le directeur de l'ARS, F. Dumue, le conseiller régional et député européen B. Hortefeux, le président de la RASAF J.-L. Bonnet, les sénateurs M. André et A. Néri, à se mettre dans les yeux des autres. T. LUCASIER

Article paru dans le quotidien Auvergne et Limousin (La Montagne) datant du 18 Mars 2012

Mieux vivre avec une déficience visuelle

Savez-vous qu'il existe à Clermont-Ferrand une structure unique, le Centre Auvergne Basse Vision qui accompagne les personnes souffrant de problèmes visuels sévères voire de cécité, en les aidant à retrouver une autonomie malgré leur handicap ? Monsieur Arnaud Grégoire, son directeur nous en présente les missions.

Contact

Auvergne Basse
Vision
30, bis rue Sainte-
Rose à Clermont-
Ferrand
04 73 19 10 00
www.auvisio.org

Quel est l'objectif d'une telle structure ?

C'est un hôpital de jour en soins de suite et de réadaptation entièrement dédié à la basse vision chez l'adulte. L'objectif est de freiner l'apparition des signes de dépendance et d'améliorer ainsi les conditions de vie quotidiennes.

Qui peut bénéficier de cet accompagnement ?

Les personnes de plus de 20 ans, assurées sociales, atteintes de déficience visuelle identifiée basse vision par un médecin ophtalmologiste. Orienté par son médecin traitant, le patient peut intégrer le parcours coordonné par le Centre.

Comment les patients sont-ils suivis ?

Notre centre est doté d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée en basse vision, comprenant par exemple un orthoptiste pour rééduquer la vision fonctionnelle, un ergothérapeute pour réduire les situations de handicap et développer les compétences pratiques dans tous les actes de la vie quotidienne (manipuler la monnaie, cuisiner, entretenir sa maison) ou encore un instructeur de locomotion, pour préserver la mobilité et les déplacements.



> AUVERGNE
BASSE VISION



Arnaud Grégoire, directeur d'Auvergne Basse Vision et Emmanuelle Paris coordinatrice.

Christian Deguin, ancien patient témoin

Lorsque ma DMLA* a été diagnostiquée, je suis tombé comme une feuille morte... Le centre m'a aidé à me relever, dans mon quotidien, à repartir dans des activités associatives.

*Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge

Article tiré du magazine Mag' ma santé du 16 Février 2015

2.3 Conditions d'admission [5] [28] [29] [30]

Le centre accueille les personnes de plus de 20 ans, assurées sociales, atteintes de déficience visuelle identifiée basse vision par un médecin ophtalmologiste.

◆ Le dossier d'admission est à compléter par le patient, son médecin traitant et son médecin ophtalmologiste qui comprend :

- un volet administratif ([ANNEXE 2 : DOSSIER ADMINISTRATIF](#))
- un volet médical
- un questionnaire d'auto-évaluation

◆ Le médecin coordonnateur valide l'admission dès lors que le patient répond à au moins un des critères suivants :

- les critères définis par l'Organisation Mondiale de la Santé qui classe la basse vision en deux catégories

CATÉGORIE 1	CATÉGORIE 2
$1/10^{\text{ème}} < \text{AV binoculaire corrigée} < 3/10^{\text{ème}}$ Champ visuel $> 20^{\circ}$	$1/20^{\text{ème}} < \text{AV binoculaire corrigée} < 1/10^{\text{ème}}$ CLD à 3m

- le patient présente une situation de handicap identifiée par les professionnels de santé (médecin ophtalmologiste, médecin généraliste, orthoptiste, ...)
- le patient présente des pathologies évolutives conduisant à une déficience visuelle invalidante
- le patient bénéficie de la reconnaissance par l'assurance maladie d'une Affection Longue Durée pour une atteinte oculaire invalidante
- le patient bénéficie de la reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) pour une pathologie visuelle

◆ L'évaluation par l'équipe pluridisciplinaire comprend :

- un entretien avec le médecin ophtalmologiste, qui confirme le diagnostic de basse vision et recueille les attentes du patient
- un entretien avec l'orthoptiste, l'instructrice en locomotion/psychomotricienne, l'ergothérapeute/AVjiste, le psychologue, l'assistante du service social

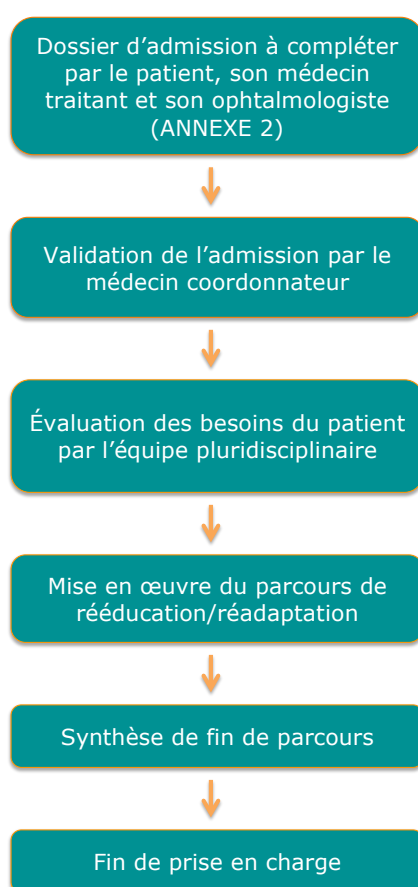
◆ Une synthèse d'évaluation reprend le bilan global des différents entretiens. Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire propose au patient un programme de rééducation/réadaptation en fonction des besoins exprimés. Le médecin ophtalmologiste soumet le projet au patient qui peut adhérer ou refuser le projet. Lorsque le patient accepte, le médecin ophtalmologiste prescrit les séances correspondantes. Le patient reçoit alors par courrier une synthèse d'évaluation composée des comptes rendus des différentes séances et du projet proposé par l'équipe. Ce document est également envoyé aux médecins généraliste et ophtalmologiste.

Vient ensuite la mise en œuvre du parcours de rééducation/réadaptation. Les séances ont lieu principalement au centre. Cependant, dans certains cas, les professionnels pourront intervenir sur le lieu de vie des patients. Ce travail permet la transposition des techniques enseignées à la réalité de son environnement.

Au terme des séances, chaque professionnel propose une évaluation de fin de parcours.

◆ La synthèse de fin de parcours, comprenant les éléments des bilans de chaque professionnel, est soumise au patient par le médecin ophtalmologiste, ainsi qu'un questionnaire d'auto-évaluation finale. L'équipe reste à disposition du patient si des besoins ultérieurs se font ressentir.

◆ La sortie du patient : la synthèse de fin de parcours est envoyée au patient sous huit jours à compter de la date de sortie. Des comptes-rendus sont systématiquement transmis aux professionnels adresseurs afin d'assurer le suivi du patient.



Résumé de la procédure d'admission et de prise en charge

Les frais de séjour

Si le patient est assuré social, 80% des frais sont pris en charge par le régime de protection sociale. Les 20% restants, que l'on appelle le ticket modérateur, sont à la charge du patient ou à celle de sa mutuelle selon les contrats.

Les frais de séjour peuvent être pris en charge à 100% par l'assurance maladie. On dit qu'il y a exonération du ticket modérateur. Plusieurs situations entraînent cette exonération :

- lorsque le patient est à 100% pour une affection longue durée (ALD) et que la prise en charge au centre est bien en rapport avec cette affection
- lorsque le patient est à 100% pour toutes les prestations

2.4 Les professionnels [5] [11] [12] [13] [14] [15] [28] [29] [30]

2.4.1 L'ophtalmologiste

Il est le référent du parcours de soins du patient. Il confirme la diagnostic basse vision et fait émerger les besoins et les attentes du patient. Au terme du parcours de rééducation/réadaptation, il réalise un bilan et évalue si d'autres besoins se font ressentir.

2.4.2 L'orthoptiste

Son rôle est d'évaluer les capacités visuelles et fonctionnelles, d'analyser et d'identifier les besoins. Elle aide le patient à comprendre comment mieux voir à travers un travail moteur. Quand ce dernier a appris à regarder autrement, à optimiser ses stratégies visuelles et sa coordination oculo-manuelle, l'orthoptiste procède si nécessaire aux essais d'aides techniques (systèmes grossissants, pupitre), en collaboration avec l'opticien. Le matériel pourra être prêté au patient pour vérifier qu'il soit adapté à son mode de vie et à ses attentes.

2.4.3 L'opticien

Il conseille sur les aides optiques, filtres, matériels adaptés au besoin du patient.

2.4.4 Le technicien en informatique

Il aide le patient à trouver les outils appropriés à sa déficience : ordinateur, tablette, Smartphone, logiciel de grossissement, logiciel de synthèse vocale.

2.4.5 L'ergothérapeute

Elle favorise l'utilisation des capacités visuelles réelles et sollicite les ressources d'adaptation. Elle participe à la réduction ou à la suppression des situations de handicap compte tenu des habitudes de vie et de l'environnement du patient.

2.4.6 La rééducatrice en autonomie de la vie journalière (AVJ)

Son but est de développer les compétences dans tous les actes de la vie quotidienne et permet ainsi au patient de conquérir ou de reconquérir son autonomie.

2.4.7 La psychomotricienne

Elle aide le patient à prendre conscience de son corps dans l'espace par le biais de la relaxation et du travail de l'équilibre.

2.4.8 L'instructrice en locomotion

Elle évalue les capacités visuelles et cognitives (orientation, concentration) ainsi que les sens compensatoires (audition, toucher, mémoire) utiles aux déplacements. Ces évaluations se font dans différents types d'environnements et de conditions lumineuses, de jour comme de nuit, par temps de pluie ou par soleil. En fonction des attentes et des capacités du patient, l'instructrice en locomotion propose par ailleurs des techniques et des outils pour l'aider à se déplacer en sécurité et avec un maximum d'autonomie, à l'extérieur comme à l'intérieur.

2.4.9 Le psychologue

Il accueille et accompagne le patient au rythme de la rééducation au travers d'entretiens psychologiques individuels ou de groupes de parole. Il va cibler ses attentes et évaluer avec lui sa demande. Il écoute et est attentif aux ressentis liés à la perte visuelle. Il discute avec le patient de sa volonté à entamer une rééducation, celle-ci devant émerger d'une démarche personnelle. Il peut également accompagner l'entourage du patient.

2.4.10 L'assistante de service social

Elle intervient pour accompagner le patient dans ses démarches : recherche d'informations, constitution de dossier, mise en place d'aides à domicile, orientation vers des services de proximité par exemple.

2.4.11 La secrétaire médicale


Elle assure l'accueil des patients et organise leur journée. Elle coordonne les formalités administratives et organise les rendez-vous.

2.5 Prise en charge [3] [5] [11] [12] [13] [14] [15] [16] [28] [29] [30] [34] [35] [36] [37] [38] [39]

2.5.1 Évaluations de départ

L'ophtalmologiste fait le point sur le diagnostic principal, les pathologies associées éventuelles et les traitements. Il rassemble les données des examens complémentaires (champ visuel, OCT, fond d'œil), note la correction optique ainsi que l'acuité visuelle. Il questionne le patient sur ses gênes et ses attentes concernant la prise en charge au centre.

Le patient va ensuite rencontrer les différents professionnels, dont voici les évaluations :



30 bis, rue Sainte-Rose
63000 Clermont-Ferrand
Tél | 0473191000

www.auvisio.org

BILAN ORTHOPTISTE

Nom : **Prénom :**
Né(e) le : **Pathologie :**
Basse Vision :

ATCD :

Lunettes possédées et aides optiques :

Conditions de travail et aménagement :

Activités et attentes :

BILAN SENSORIEL

	<u>OD</u>	<u>OG</u>	<u>ODG</u>	Echelle Lux
<u>AVP</u>				
<u>AVL</u>				

Fusion :

Contrastes :

Champ Visuel :

BILAN MOTEUR

Œil directeur :

Parallélisme :

Motilité

Motricité conjuguée :

Fixation

Poursuites

MOC

Saccades

Orientation du regard :

Incertaine Maîtrisée Difficile Pénible Impossible

BILAN FONCTIONNEL

Communication :

Communication interpersonnelle :

Reconnaissance à distance :

Saisie de l'information :

- Temps de reconnaissance
- Analyse perceptive :

Formes	Couleurs	Orientation	Position relative	Dimension

- Stratégies : *exploration, anticipation, (visuo p17)*

Organisation du geste :

- Localisation visuelle : étoile de Thomas simplifiée et perles de Hama
 - *distance*
 - *direction*
- Coordination Perceptivo-Motrice : VM31
 - Geste :
 - Posture :
- Ecriture :
 - Signature :
 - Papier ligné :

Capacité de lecture :

Taille caractères	Nombre de mots
En 1 minute	
En minute	

Mots courts / longs	Saut de ligne	Retour à la ligne	Saut de mots
Aide optique	Posture	Eclairage	Pupitre

CONCLUSION

PROJET



30 bis, rue Sainte-Rose
63000 Clermont-Ferrand
Tél|0473191000

> AUVERGNE
BASSE VISION

www.auvisio.org

Opticien :

Date Examen :

FICHE D'EVALUATION OPTIQUE

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Pathologies :

OD

OG

Champs visuels, scotomes :

OD

OG

RX et AV :

	OD	OG
VL	AV	AV
VP	AV	AV

Données optiques

Corrections portées mesurées au Frontofocomètre :

SF	DF	PROG	TEINTES /PHOTOCHR
----	----	------	-------------------

	OD	OG
VL	AV	AV
VP	AV	AV

Aides possédées

Grossissement, utilisées, oui, non, pourquoi ? :

Autres aides non optiques : pupitre, lampe, téléphone, guide ligne, signe chèques...

Motivations

Personnelle :
(Entourage ?)

Observation / Ergonomie

Port de tête ?
Distance w ? Dextérité ?

Besoins prioritaires

Vision de près :

Vision de loin :

Essais aides visuelles , test ou échelle

	OD	OG
VL		
VP		

Filtres chromatiques : 400 450 500 511 527 550 560 Polarisés ? Dégradés ?

Essai à prévoir

Synthèse des aides préconisées

Aides pour la vision de près :

Aides pour la vision de loin :



30 bis, Rue Sainte-Rose
63000 Clermont-Ferrand
Tél| 0473191000

www.auvisio.org

EVALUATION EN LOCOMOTION

Nom :
Né(e) le :

Prénom :
Pathologie :

Date :

Nom de l'instructeur en locomotion :

ENTRETIEN

SITUATION FAMILIALE :

PATHOLOGIE VISUELLE :

DIVERS :

ENVIRONNEMENT :

ACTIVITES :

OBSERVATIONS GENERALES :

DEPLACEMENTS :

- Trajets réalisés :
- Difficultés exprimées :

- Obstacles
- Orientation
- Traversées
- Transport en commun
- Luminosité
- Stress et tensions

PROJETS :

- Projet général :
- Projet en locomotion :

DEVELOPPEMENT DES ITEMS

CAPACITES MOTRICES

- Aisance
- Posture
- Marche
 - Rythme
 - Stabilité/Equilibre
 - Endurance/Fatigabilité
- Troubles associés

CAPACITES SENSORIELLES

VISUELLES :

	OUI	NON	Commentaires
Conscience des possibilités			
Conscience des limites			
Connaissance de la pathologie			

Détection/Identification :

	Déecté (distance+ ou - 5m, contrasté)	Identifié	Commentaires
Escaliers descendants			
Escaliers montants			
Reliefs			
Mobilier urbain : - Intérieur - Extérieur			
Passants			
Véhicule : - Intérieur - Extérieur			

Éléments utiles au déplacement :

	Déecté	Identifié	Commentaires
Feux piétons			
Marquage au sol			
Noms de rue/Numéros			
Panneaux de signalisation			
Panneaux directionnels			
Plans : - Intérieurs - Extérieurs			
Enseignes			
Pictogramme			
Ascenseur			
Portes			
Intersections			

AUDITIVES :

	Calme		Bruyant	
	Distance et /	Ou temps	Distance et/	Ou temps
Détection				
Identification				
Sélection				
Localisation				
Poursuite				

Commentaires :

- Avec ou sans appareillage ?
- conscience des possibilités >
- conscience des limites >

HAPTIQUES : (=tactilo – kinesthésiques) :

	Déecté	Identifié	Commentaires
Podotactiles			
Toucher instrumental			
Toucher manuel			
Toucher superficiel (peau, sensations...)			

KINESTHESIQUES :

	Constant	Inconstant	Absent
Changements de direction			
Déviations			
Ligne droite			
Montées, descentes			
Dénivellations			

OLFACTIVES :

Oui :

Non :

Perturbées :

Commentaires :

SENS DES MASSES :

Oui :

Non :

Emergent :

Commentaires :

VESTIBULAIRES :

Perturbées :

Commentaires :

CAPACITES COGNITIVES

OBSERVATION :

Spontanée	Visuelle	Auditive
Globale		
Analytique		

Sur demande	Visuelle	Auditive
Globale		
Analytique		

ORIENTATION/REPRESENTATION MENTALE :

	Non	En cours	Oui
Latéralité sur soi			
Réversibilité			
Permanence de l'image			
Déduction du retour			
Transposition/Rotation Mentale			
Lecture sur plan (noir ou relief)			

ATTENTION / CONCENTRATION :

	Non	En cours	Oui
Fonction d'alerte			
Vigilance			
Attention partagée (multitâches)			
Attention sélective			

Concentration	Lieu calme	Lieu bruyant
Courte durée		
Longue durée		
Fluctuante		

Fatigabilité		
--------------	--	--

MEMOIRE :

	Oui	Non	Commentaires
Immédiate			
De travail			
A long terme			
Procédurale			

COMPREHENSION :

	Situation simple	Situation complexe
Compréhension des consignes		
Abstraction		
Formulation d'hypothèses		
Vérification d'hypothèses		
Anticipation/Planification		

INITIATIVE :

	Situation connue		Situation inconnue	
	Oui	Non	Oui	Non
Impulsivité				
Inhibition				
Temps de latence				
Réaction sur quelle stimulation :				
- sur consigne systématique				
- programmée				
- présence nécessaire				
- stimulation normale				

APTITUDES PSYCHOSOCIALES

	Situation connue		Situation inconnue	
	Oui	Non	Oui	Non
Conscience des capacités et limites				
Adaptabilité :				
Conscience du danger				
Prise de risque				

DEMANDE D'AIDE	Situation connue		Situation inconnue	
	Oui	Non	Oui	Non
Acceptation				
Savoir refuser				
Adéquation / Opportunité				
Formulation correcte				

TECHNIQUES

	Oui	Non	Commentaires
Technique de guide			
Protections avec les bras			
Longement/Suivi de mur avec la main			
TECHNIQUES DE CANNE	Oui	Non	Commentaires
Plier - Déplier			
Verticaliser			
Changer l'embout			
Technique diagonale			
Technique 2 temps / frappée			
Technique glissée / arc constant			

Technique 3 temps / arc en 3 points			
Escaliers			
Escalators			

TECHNIQUES VISUELLES	Oui	Non	Commentaires
Balayage horizontal			
Balayage vertical			
Balayage près/loin			
Fixation de suppléance			

TRAVERSEES	Oui	Non	Commentaires
Trous de circulation			
Sécurité			
Parallèles au trafic / passage de voitures rapides			
Traversées à feux			
Traversées en deux temps			
Rond-point			

STRATEGIES

	Oui	Non	Commentaires
Découverte de pièce			
Marche parallèle			
Contournement d'obstacles			
Analyse de carrefour			
Analyse d'environnement			
Prise de repères			
Trajets par explications			
Transports en commun			
Demande de renseignements			

AIDE TECHNIQUES

AIDES OPTIQUES ET VISUELLES	Oui	Non	Commentaires
Lunettes correctrices / Lentilles			
Verres teintés			
Caches latéraux			
Monoculaire / Jumelles			
Loupe			
Casquette / Visière			
Lampe de poche			

APPAREILLAGES AUDITIFS	Oui	Non	Commentaires
Contours			
Intra			

AIDES ELECTRONIQUES	Oui	Non	Commentaires

CHIENS - GUIDE	Oui	Non	Commentaires

INDICATION DE CANNE	Jour	Nuit	Soleil	Commentaires
En permanence				
Milieu Connu				
Milieu Inconnu				
Milieu encombré				

COMPORTEMENT
Motivation, acceptation du matériel de compensation et des techniques de locomotion, appréhension / peur, disponibilité, participation, persévérance, découragement, confiance en soi, influençable....

ENTOURAGE
Surprotection, rejet, négation du handicap, hyperstimulation, non-adhésion au projet, connaissance du handicap.....



> AUVERGNE
BASSE VISION

NOM PRENOM :

30bis, Rue Sainte-Rose
63000 Clermont-Ferrand
Tél||0473191000

EVALUATION INITIALE EN AUTONOMIE DE LA VIE JOURNALIERE

Nom de l' Avéjiste :

Nom :

Né(e) le :

Prénom :

Date et heure de début de bilan :

Personnes présentes lors de l'entretien :

EN ACTIVITE ☐

RETRAITE ☐

AUTRE ☐

HABITATION :

☐ appartement ☐ maison

☐ foyer logement ☐ maison de retraite

☐ étage INT/EXT

☐ plain-pied

☐ ville

☐ bourg

☐ campagne

☐ oui

VIT SEUL :

☐ non

ENVIRONNEMENT HUMAIN ET TYPE D'ACCOMPAGNEMENT :

Synthèse de l'organisation des journées :

DEMANDES ET MOTIVATIONS DE LA PERSONNE :

PATHOLOGIES VISUELLES :

Pathologie visuelle principale :

Mode d'apparition : Congénitale

TYPE D'ATTEINTE VISUELLE :

Acuité visuelle VP :

OD

Acuité visuelle VL :

OD

Vision des couleurs :

Champs visuel :

Tubulaire

Aides optiques :

filtres lunettes loupe lampe

téléagrandisseur autres :

Ilots périphériques

ECLAIRAGE D'APPOINT :

Besoin ☐

Gêne ☐

AUTRES DEFICITS SENSORIELS /MOTEURS/COGNITIFS/MENTEAUX :

REEDUCATION FONCTIONNELLE ANTERIEURE :

NIVEAU DE DEPENDANCE :

Pathologies associées :

DEPUIS

Progressive

Brutal

DEPUIS :

LATERALITE :

Autres :

LE REPAS

SITUATIONS	NIVEAU DE DIFFICULTES	STRATEGIES/COMPENSAT°UTILISEES	BESOINS CONSTATES	MISES EN SITUATIONS
LIEU DES REPAS				
METTRE LE COUVERT/DEBARRASSER				
SE REPERER SUR LA TABLE				
SE SERVIR DANS UN PLAT, DU POTAGE, DE LA SALADE				
SE SERVIR DE L'EAU, DU VIN...				MISE EN SITUATION :
SE SERVIR DU LIQUIDE CHAUD (Thé, café)				
COUPER <ul style="list-style-type: none"> ▪ PARTS EQUITABLES (pain...) ▪ LA VIANDE (Avec OS/sans os) ▪ LES SPAGHETTIS ▪ LA SALADE 				MISE EN SITUATION :
TARTINER (beurre, confiture ...)				
RASSEMBLER DANS L'ASSIETTE / GERER LE CONTENU DE L'ASSIETTE				
ASSAISONNER				
PRENDRE UN REPAS EXTERIEUR (proches, restaurants...)				
AUTRES (melon, poisson, plat complexe...)				

LA CUISINE

SITUATIONS	NIVEAU DE DIFFICULTES	STRATEGIES/COMPENSAT°UTILISEES	BESOINS CONSTATES	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
HABITUDES ALIMENTAIRES (FREQUENCE, NB DE PERSONNES, MOTIVATION)				
CONTRE-INDICATIONS ALIMENTAIRES				
REGLAGES APPAREILS ELECTROMENAGERS - PLAQUE DE CUISSON - FOUR - MICRO-ONDES - PETIT ELECTRO (CAFETIERE, BOUILLLOIRE, ROBOT)				Gazinière ? Plaque Electrique ? Vitrocéramique ? Induction ? Four : Electrique ? Gaz ?, Haut ? bas ?
ORGANISATION				
SUIVI DE RECETTE (en noir / en braille / sur cassette)				
RECONNAISSANCE ET RANGEMENT DES DENREES ALIMENTAIRES, DU MATERIEL				
PREPARATION PETIT DEJEUNER				
PESER, DOSER				
EPLUCHER				
TRANSVASER, VERSER, EGOUTTER				
ŒUFS (CASSER, SEPARER)				

CENTRER CASSEROLE SUR PLAQUE						
RECHAUFFER UN PLAT						casserole ? micro-onde ? bain marie ?
CUIRE A L'EAU						Riz/Pâtes/légumes
CUIRE A LA VAPEUR						
CUIRE A LA POELE (retourner/gérer temps)						Crêpe/Poisson/Viande/Saucisse
CUIRE AU FOUR (régler, enfourner, défourner)						
OUVRIR BOITES, BOUTEILLES, DECAPSULER, UTILISER FILM ALIMENTAIRE						
CUISINE INSTANTANEE / COMPLEXE						
VAISSELLE A LA MAIN						
AUTRES						

L'ENTRETIEN MENAGER

SITUATIONS	NIVEAU DE DIFFICULTES	STRATEGIES/COMPENSAT°UTILISEES	BESOINS CONSTATES	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
RECONNAITRE LES PRODUITS				
LAVE-VAISSELLE				
POUBELLE (vider/changer le sac)				
NETTOYER LE PLAN DE TRAVAIL, L'EVIER, L'ELECTROMENAGER				
NETTOYER LE SOL (balayage, aspirateur, lavage)				
NETTOYER LES VITRES, SANITAIRES				
DEPOUSSIERER LES MEUBLES				
LIT (retaper /changer les draps)				

LE LINGE

SITUATIONS	NIVEAU DE DIFFICULTES	STRATEGIES/COMPENSAT°UTILISEES	BESOINS CONSTATES	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (forme, toucher...)
RECONNAITRE LES VETEMENTS				
DISTINGUER LEURS COULEURS				
APPARIER LES CHAUSSETTES				
ORIENTER ET ENFILER LES VETEMENTS (endroit/envers, avant/arrière) , y compris chaussettes, collant				
GERER LES SYSTEMES DE FERMETURE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Boutons ▪ Fermetures Eclair ▪ Pressions ▪ Bretelles ▪ Lacets : Chaussures/Tablier ▪ Crochet (Soutien-Gorge / jeans) ▪ Nœud De Cravate ▪ Ceinture ▪ Bijoux 				MISE EN SITUATION FERMETURE ECLAIR :
FAIRE LA LESSIVE <ul style="list-style-type: none"> ▪ trier (par couleur, matière) ▪ laver a la main ▪ doser les produits lessiviels ▪ régler la machine à laver 				
FAIRE SECHER LE LINGE <ul style="list-style-type: none"> ▪ régler sèche-linge ▪ Etendre sur un fil 				
REPASSER <ul style="list-style-type: none"> ▪ Remplir Le Fer ▪ Régler le thermostat ▪ Brancher La Prise ▪ Technique : Linge Plat Tee-Shirt Chemise Pantalon 				

<p>Jupe</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser Vapeur 					
<p>PLIER</p> <ul style="list-style-type: none"> Tee-Shirt Pull Chemise <p>SUSPENDRE (patère, porte-manteau, chaise, cintre) d'un pull, d'un pantalon, d'une jupe</p> <p>ORGANISER L'ARMOIRE</p> <p>ENFILER L'AIGUILLE</p> <p>FAIRE LES NŒUDS</p> <p>COUDRE UN BOUTON</p> <p>UTILISER MÈTRE</p> <p>FAIRE UN OURLET</p> <p>UTILISER MACHINE À COUDRE</p> <p>TRICOT, CROCHET</p>					MISE EN SITUATION PLIER T-SHIRT:
ENTRETIEN DES CHAUSSURES (cirage)					
AUTRES					

LES SOINS ET HYGIENE

SITUATIONS	NIVEAU DE DIFFICULTES	STRATEGIES/COMPENSAT°UTILISEES	BESOINS CONSTATES	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
RECONNAITRE, DOSER PRODUITS DE TOILETTE				
S'ÉPILER, SE RASER				
SOIN DES ONGLES (MAINS ET PIEDS)				
SE MAQUILLER (LEVRES, TEINT, YEUX)				
DOSER DENTIFRICE				
RECONNAITRE MEDICAMENTS				
GESTION DES MEDICAMENTS				
GOUTTES/COLLYRE				
DIABETE				
UTILISER LE THERMOMETRE MEDICAL				

COMMUNICATION ET VIE SOCIALE

SITUATIONS	NIVEAU DE DIFFICULTES	STRATEGIES/COMPENSAT ^{rs} UTILISEES	BESOINS CONSTATES	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
ACHATS <ul style="list-style-type: none"> Habitudes (lieu, fréquence, motivation, liste de course) Accessibilité (voiture, bus, etc.) Accompagnement Se repérer à l'intérieur Trouver les produits Peser Les Produits Lire prix Et Dlc Aide-technique Demande d'aide Marché 				
PAIEMENT <ul style="list-style-type: none"> Pièces Billets Porte-monnaie Chèque Carte bancaire Distributeur, guichet Gestion du budget Virement 				MISE EN SITUATION : 1c 2c 5c 10c 20c 50c 1 ^E 2 ^E 5 ^E 10 ^E 20 ^E 50 ^E
HEURE : <ul style="list-style-type: none"> Montre Horloge Réveil 				MISE EN SITUATION LIRE L'HEURE:
TELEPHONE Fixe (Avec Ou Sans Fil) Portable <ul style="list-style-type: none"> Allumer et éteindre déverrouiller utiliser répertoire téléphonique composer numéro envoyer sms charger batterie 				Répertoire papier / Inclus Dans Téléphone / annuaire/Autre Aide technique Opérateur Modèles :

GESTION DES RENDEZ-VOUS / PRISE DE NOTE					agenda / dictaphone/ aide systématique
DEMARCHES SERVICES PUBLICS					(mairie, poste, SNCF, préfecture, EDF...)
LECTURE					Journaux / Revues / Livres / Courrier/ papiers administratifs Téléagrandisseur, machine à lire
BRAILLE					
ECRITURE					Signature / Liste De Mots, adresse / chèque / cartes Postales / courrier / papiers administratifs / relevés de comptes MISE EN SITUATION / ECRIRE SES INITIALES, SON PRENOM ET FAIRE SA SIGNATURE : : Internet ? motivation ?
ORDINATEUR					
PREPARATIFS VOYAGE					(effets personnels, médicaments, trousse de toilette, papiers ... + prévoir transports, hébergement)
ETIQUETAGE ET RANGEMENT					(C.D., cassettes, dossiers, papiers, ustensiles d'activités personnelles ...)

LOISIRS

SITUATIONS	NIVEAU DE DIFFICULTES	STRATEGIES/COMPENSAT°UTILISEES	BESOINS CONSTATES	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
JEUX DE SOCIETE :				
JEUX INDIVIDUELS :				
BRICOLAGE, ACTIVITES MANUELLES <ul style="list-style-type: none"> ouvrir serrure, changer des piles, une ampoule électrique, manipulation d'outils Utiliser ciseaux, scotch, enveloppe, paquet 				
JARDINAGE <ul style="list-style-type: none"> Tondre Le Gazon Planter, Tailler, Semer Gestion Produits, Outils 				
MATERIEL AUDIO-VISUEL <ul style="list-style-type: none"> T.V./Radio Lecteur CD/DVD/MP3 ORDINATEUR bibliothèque sonore 				
Sports				
Sorties , associations				
Autres				

mises en situations lors de l'entretien avj initial	
Mis en situation ce jour pour verser de l'eau dans un verre avec une carafe à bec :	
Mis en situation ce jour pour couper de la pâte à modeler avec le couteau et la fourchette :	
Mis en situation ce jour pour le pliage d'un t-shirt :	
Mis en situation ce jour pour la reconnaissance des pièces de monnaie, des billets :	
Mis en situation ce jour pour écrire ses initiales, son prénom et faire sa signature :	
Capacités à comprendre et mettre en place les informations/méthodes fournies pendant les mises en situation :	
AUTRES OBSERVATIONS :	
Séances de rééducation préconisées :	

Le psychologue voit le patient une première fois pour se présenter, lui expliquer son rôle dans le suivi au centre et lui préciser qu'il reste à sa disposition pour toute demande ultérieure.

L'assistante du service social va faire le point avec le patient sur sa situation familiale, ses conditions de travail (poste, aménagements), son autonomie, sa situation sociale notamment administrative et financière.

Une fois les évaluations terminées, l'équipe se rassemble pour proposer un projet de rééducation/réadaptation au patient.

2.5.2 Rééducation/réadaptation

◆ Orthoptie, optique

La réadaptation visuelle

Lorsque la déficience de la vision est importante, le patient peut suivre un programme de réadaptation visuelle pour apprendre à utiliser sa vision résiduelle. La réadaptation dure généralement plusieurs mois, à raison de une ou plusieurs séances par semaine et varie selon la gravité de la pathologie, selon les besoins visuels de la personne et la rapidité avec laquelle elle assimilera les techniques enseignées. Au cours de cet apprentissage, le patient peut éprouver de la fatigue ou des maux de tête, il est alors important de l'aider à garder sa motivation.

L'orthoptiste utilise plusieurs exercices faisant appel à diverses compétences visuelles et ayant comme support des photographies, des magazines, des jeux par exemple. Selon la progression de la rééducation, l'orthoptiste fera un choix en fonction du niveau de difficulté et variera le type d'exercice pour ne pas lasser le patient.

Travail de la motricité oculaire

Pour les personnes présentant une atteinte de la vision centrale, la base de la prise en charge consiste à trouver, développer et ancrer une nouvelle fixation dans une zone de rétine utilisable. L'apprentissage de l'utilisation de la vision excentrique, en dehors de la macula ayant la direction visuelle du droit devant, est essentiel à la réadaptation, puisqu'il est directement lié aux activités de la vie quotidienne, à la lecture et à l'écriture. Ce travail a pour objectif de transformer la néofixation instable en une fixation stable et réflexe. La fixation excentrique qui sera privilégiée pourra être latérale, supérieure ou inférieure selon l'atteinte de la rétine. Cette fixation ne devient efficace que lorsqu'elle est ensuite utilisée de manière stable dans les mouvements de poursuite et de saccades. La lecture étant une suite de fixations entrecoupées de saccades visuelles, son amélioration est très dépendante de cette partie de la rééducation.

Les mouvements de vergence, très sollicités lors de l'utilisation des aides optiques par exemple qui imposent des distances de travail souvent courtes, sont développés avec des mires adaptées, en taille et en contraste, à l'état visuel de la personne.

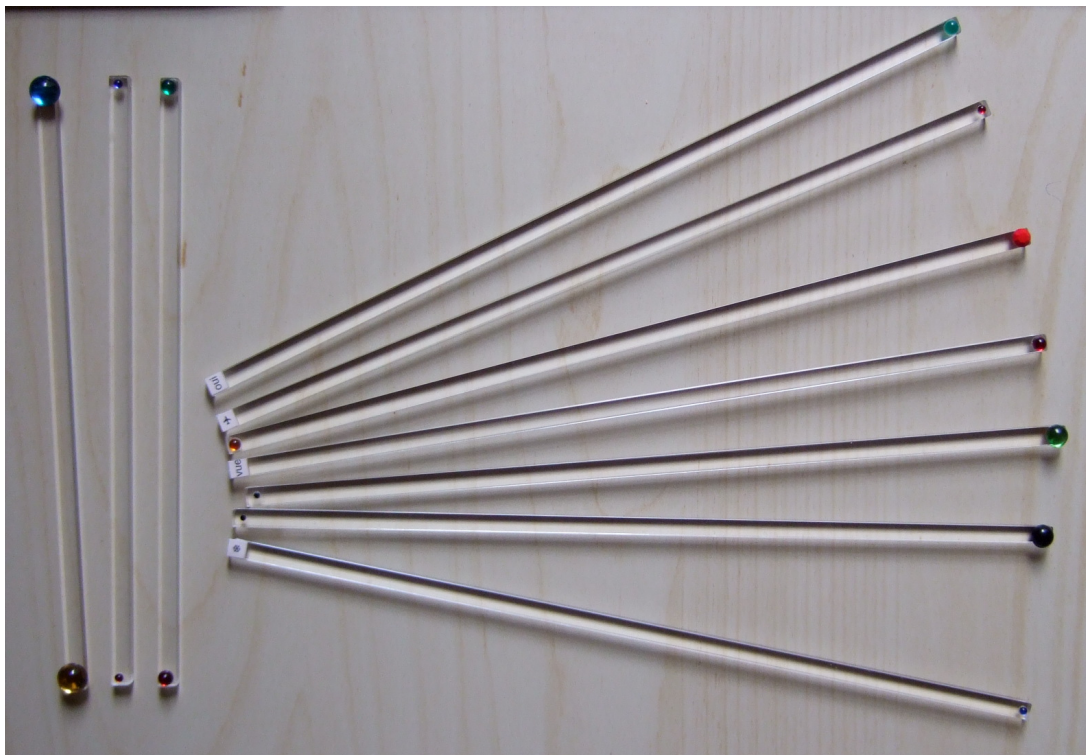
Pour un patient présentant une atteinte du champ visuel périphérique, la fixation d'une cible est généralement stable. Le mouvement de poursuite est possible grâce au captage maculaire mais n'est efficace que si le déplacement de la cible est lent. Les mouvements de saccades étant induits par la rétine périphérique, ils sont souvent très perturbés. Une stratégie de balayage est alors à mettre en place pour développer les facultés d'anticipation qui sont nécessaires à l'équilibre et à la mobilité. Il faudra apprendre à effectuer ce balayage visuel de manière rigoureuse, stratégique, organisée et non précipitée, afin de bien saisir toutes les informations.

Pour un patient souffrant d'une réduction du champ visuel de type hémianopsie latérale homonyme, il va falloir travailler les saccades, la poursuite et le balayage visuel, afin de l'amener à explorer tout son champ de vision et prévenir l'héminégligence.

Pour le travail de la fixation, l'orthoptiste demande au patient de porter son attention sur un objet isolé, de le rechercher et de maintenir l'image de l'objet la plus précise possible, sans qu'elle disparaisse et sans bouger la tête.

Pour le travail de la poursuite, le patient maintient le regard sur une cible effectuant un mouvement qui peut être horizontal, vertical ou circulaire.

Pour le travail des saccades, le patient doit fixer deux cibles alternativement et de manière la plus précise possible, celles-ci pouvant être positionnées horizontalement, verticalement ou en oblique.



Différentes mires pour le travail de la motricité oculaire

Travail de discrimination

La discrimination représente la capacité à percevoir, identifier, reconnaître un objet, un écrit, à partir de l'analyse de la forme, de l'orientation, de la différenciation de cet objet par rapport au fond sur lequel il apparaît. Ce travail met à la fois en jeu les capacités de repérage, de captage, de balayage et d'identification visuelle.

Cette fonction peut être altérée en cas de dysfonctionnement de la macula, zone centrale permettant la meilleure discrimination. Les exercices vont permettre la stabilisation de la néofixation, en demandant au patient de repérer, compter, comparer, apparier, des images multiples et variées.

Pour une atteinte périphérique, le travail de balayage dans le champ de vision manquant s'effectue grâce à des saccades volontaires sur des signes isolés, puis des tâches plus complexes. Pendant la réalisation des exercices, l'orthoptiste observe les stratégies établies par le patient ainsi que son comportement visuel, afin de trouver la meilleure façon de faire, notamment par rapport à la prise d'indices et à l'organisation du regard dans la recherche.

Un exemple d'exercices consiste à identifier des lettres, des chiffres ou des symboles, disposés dans une page, ce qui permet également de développer le balayage visuel.



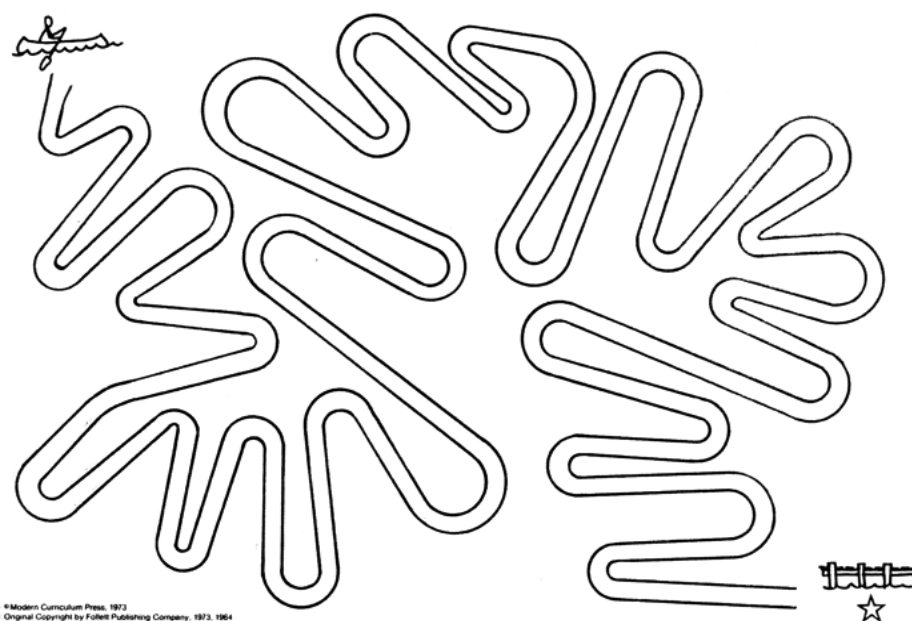
*Exercice de discrimination et d'exploration visuelle,
avec double information de repérage des figures indiquées*

Travail de coordination perceptivo-motrice

La coordination perceptivo-motrice correspond à la réalisation d'un geste sous contrôle visuel, ce dernier nécessitant la participation et la maîtrise de la motricité oculaire et de la discrimination. Le geste et le regard collaborent à l'action, mais seule la maîtrise des deux aboutit à la précision du geste. La détérioration de l'information sensorielle a des répercussions sur l'action, en particulier sur la coordination perceptivo-motrice.

Le développement d'une nouvelle aire de fixation préférentielle, en cas de scotome central, crée une nouvelle valeur localisatrice du droit devant, celle-ci étant jadis dévolue à la fovéa. Ce changement de localisation a pour conséquence d'entraîner une imprécision du geste. Travailler la réalisation du geste a pour but l'encrage de la néofixation et aide à lui donner sa nouvelle fonction du droit devant.

En cas d'atteinte périphérique, l'espace non perçu par le malvoyant va être privilégié dans le travail de stimulation. Le but est d'entraîner le patient à explorer cette zone de non vision en balayant du regard l'espace correspondant de manière organisée, puis de joindre le geste à la fin de la saccade, afin de confirmer la bonne adaptation de la stratégie visuelle.

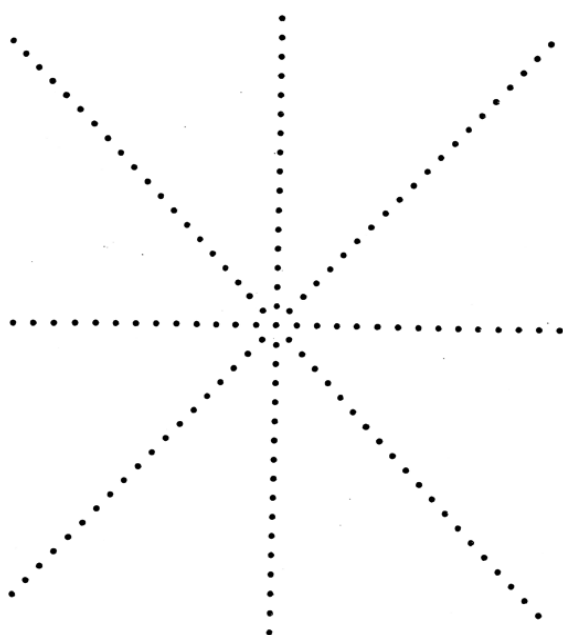


Exemple d'exercice de coordination perceptivo-motrice

Une grande partie de l'entraînement se fait sur objets réels pour se rapprocher au maximum des situations du quotidien du patient.

La réalisation de piquage au centre de points est un bon exercice. Au début de la rééducation, le piquage peut être décalé par rapport au point. Le patient va donc apprendre à rectifier son geste de manière systématique pour piquer au centre du point.

Un autre exercice consiste à relier des points un à un dans un ordre de chiffres croissant. Cette action nécessite d'abord de repérer chaque point, en mettant en jeu la rétine périphérique pour le captage de l'information, puis la zone de fixation de suppléance pour la discrimination.



*Étoile de Thomas,
exercice de piquage d'évaluation de la distance (vertical) et de la direction (horizontal)*

La lecture

Une des demandes majeures des patients concerne la lecture, qui devient éprouvante voire impossible. En effet, l'action de lire fait appel à l'anticipation visuelle, qui prépare la lecture du mot suivant, sous le contrôle de la rétine périphérique. Elle permet d'appréhender les caractères par leur forme, et aboutit à leur identification par confrontation avec un catalogue de mots déjà mémorisés. Lorsque la vision est défaillante, l'anticipation visuelle notamment prend le dessus sur la lecture visuelle, pour assurer une certaine cadence de lecture et permettre au patient de garder le fil de ce qu'il lit. L'entraînement visuel à travers divers exercices permet de retrouver la juste association entre la rétine périphérique et la zone de suppléance, afin d'obtenir une lecture plus efficace. La lecture d'un mot court est souvent spontanée car effectuée en une seule fixation, contrairement à des mots longs où le scotome central devient plus gênant. Il faut dans ce cas allier la vision globale du mot avec la discrimination précise des lettres, et effectuer un balayage horizontal pour reconnaître progressivement tous les caractères.

L'écriture

La tâche d'écriture se différencie selon deux modes, qui nécessitent des performances différentes :

- l'écriture dite administrative, qui consiste par exemple à remplir un document ou un chèque, impose une discrimination précise, associée à une coordination oculo-manuelle référencée pour remplir les documents demandés
- l'écriture dite affective, d'une lettre par exemple, exige moins de précision. Le simple repérage du bord de la feuille par la périphérie rétinienne, par la création d'un contraste maximum entre les bords de la feuille et le fond du support, permet au sujet de retrouver rapidement une écriture horizontale, en laissant la mémoire kinesthésique reprendre ses habitudes.

L'endurance visuelle

Toutes les personnes malvoyantes souhaitent réussir à effectuer leurs activités favorites avec le moins de fatigue possible. Pour y parvenir et développer les performances nécessaires, des exercices d'entraînement sont pratiqués à chaque séance. Les difficultés rencontrées servent de point de départ à une nouvelle progression. Le développement des capacités visuelles résiduelles permet au malvoyant de mieux percevoir pour mieux voir en toute circonstances. Il constate plus d'efficacité dans les différentes tâches de la vie quotidienne et retrouve ainsi confiance en ce qu'il voit. C'est l'acquisition de cette précision d'utilisation de sa fonction visuelle qui permet une bonne adaptation aux systèmes optiques et autres aides visuelles.

Les aides visuelles et autres produits

Avoir une déficience visuelle ou la vue basse ne signifie pas que l'on est aveugle. Il est donc possible d'utiliser des aides optiques pour optimiser la vision restante.

Presque systématiquement, l'entourage se préoccupant des plaintes et du bien-être de la personne, recherche des moyens optiques, pensant résoudre les problèmes rencontrés. La demande est celle d'une loupe la plus grande et la plus puissante possible. L'entourage espère que les résultats seront directement liés à la taille de la loupe, alors qu'un système d'agrandissement doit être adapté aux besoins de chaque personne.

Le rééducateur recommande et conseille alors des aides optiques, en fonction de la vision résiduelle, des capacités et des besoins visuels. Certaines aides sont utilisées uniquement pour la vision de près, d'autres pour la vision de loin et d'autres encore sont polyvalentes. Toutes nécessitent cependant une période d'adaptation et d'apprentissage.

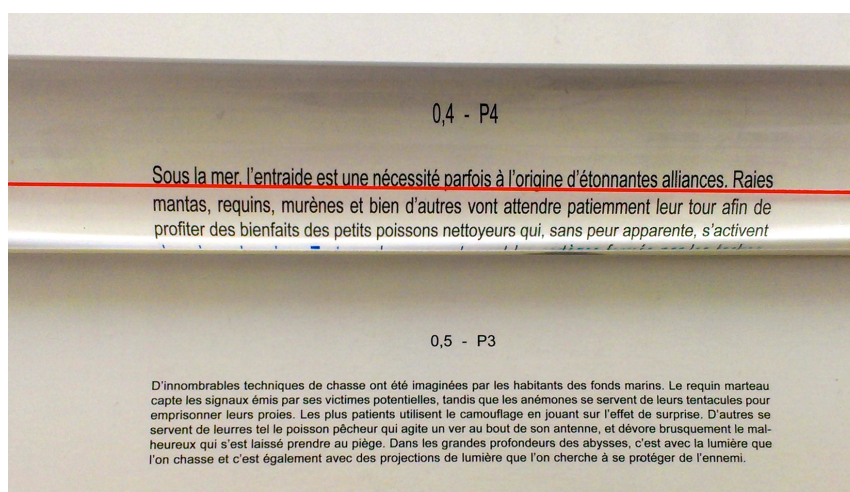
L'utilisation d'un pupitre permet d'obtenir un port de tête adapté. Certains modèles possèdent un plateau inclinable pour une meilleure adaptation.

Les loupes

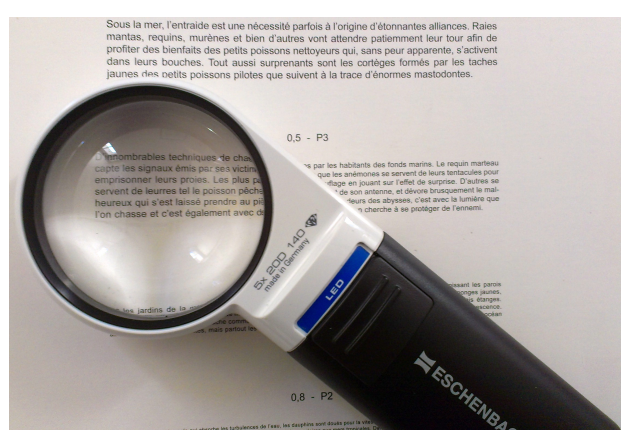
On en trouve de différentes formes, de différentes puissances et de différentes tailles. Certaines ont un système d'éclairage incorporé réglable, améliorant les contrastes pour une meilleure visibilité. Il peut s'agir de loupes à main, de loupes sur pied, de loupes en forme de règle, de loupes de poche, de loupes électroniques.

La puissance réelle d'une loupe dépend non seulement de celle de sa lentille mais aussi de la distance entre l'œil et la loupe ainsi que de la distance entre la loupe et l'objet. Si un grossissement trop important est retenu, la lecture risque d'être fastidieuse, car un faible nombre de lettres est perçu dans le champ de la loupe.

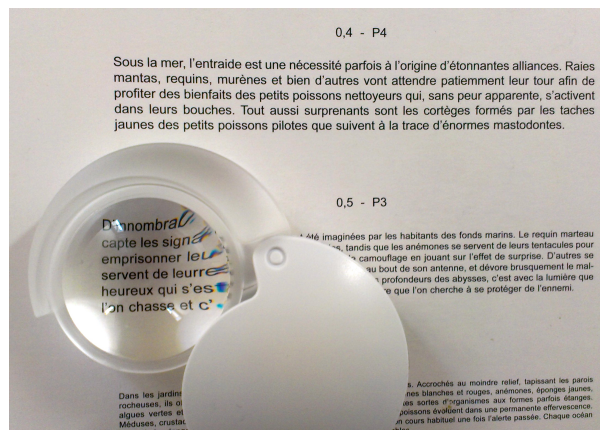
Le maintien d'une loupe à main peut être perturbé par un tremblement venant troubler la lecture. De plus, il ne reste plus qu'une main disponible pour tenir l'ouvrage et tourner les pages.



Loupe règle



Exemples de loupe à main

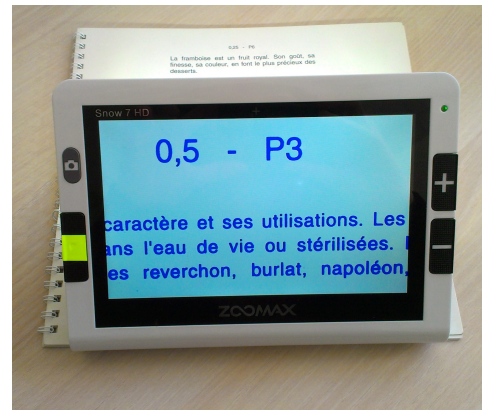
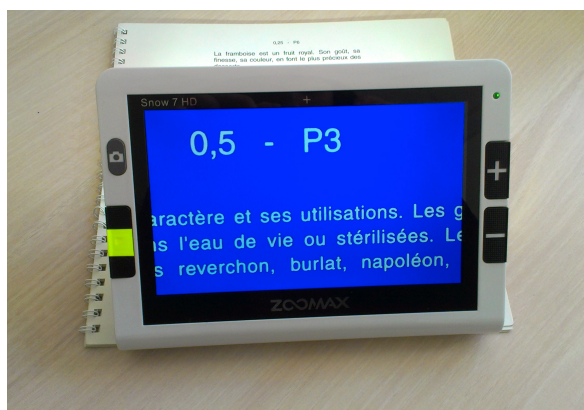


Exemple de loupe de poche

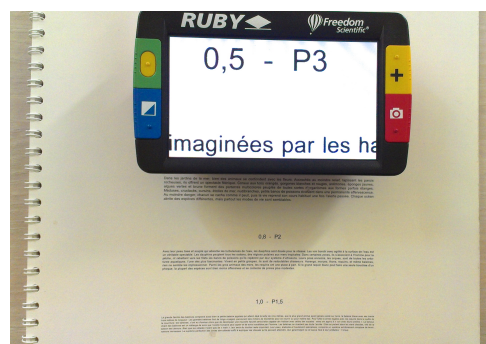


Exemple de loupe sur pieds

Les loupes électroniques, pourvues d'une caméra, d'un système interne de grossissement et d'un écran, permettent des agrandissements ajustables, ainsi que la possibilité d'amplifier les contrastes et de réduire l'éblouissement par l'inversion de l'image. L'aide du rééducateur facilite l'apprentissage des réglages et permet une manipulation optimale. Cependant, l'encombrement et le prix de ces systèmes peuvent freiner leur acquisition. Étant donné la multitude de modèles, il est important que le patient essaie plusieurs solutions afin de trouver la plus adéquate.



Texte vu avec loupe électronique, blanc sur fond bleu et bleu sur fond blanc



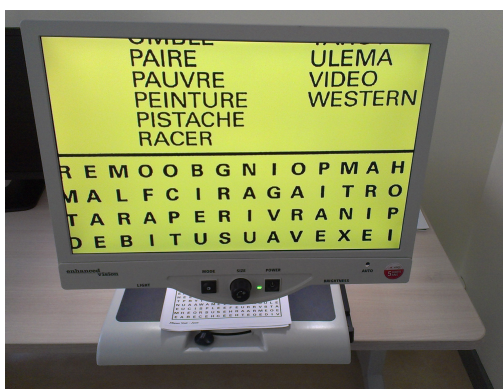
Autre modèle de loupe électronique

Les téléagrandisseurs

Ces appareils utilisent la technologie vidéo et permettent d'augmenter la taille du lettrage d'un document jusqu'à la grosseur souhaitée et de l'afficher sur un écran. Le contraste et la luminosité peuvent être ajustés. Les téléagrandisseurs sont munis d'un plateau sur lequel on pose le livre, la revue ou le document à lire et d'un écran situé au-dessus du où s'affiche le texte à la taille de caractères choisie par l'utilisateur. Ils peuvent également aider à écrire sur un support.



Exemples de documents vus avec un téléagrandisseur



Mots croisés vus avec un téléagrandisseur, écriture noire sur fond jaune

Éviter d'être ébloui

Les filtres colorés sont multiples pour s'adapter aux diverses activités. Leur utilisation se fait soit à l'extérieur pour se protéger des rayons lumineux directs ou indirects, soit à l'intérieur pour améliorer les contrastes.

Les personnes atteintes de DMLA par exemple sont facilement éblouies par le soleil ou la réverbération de la lumière. L'usage de lunettes à coque, qui offrent une protection latérale, est donc recommandé. Certains modèles comportent des filtres qui augmentent les contrastes et diminuent l'éblouissement.



Modèle de lunettes teintées à coque



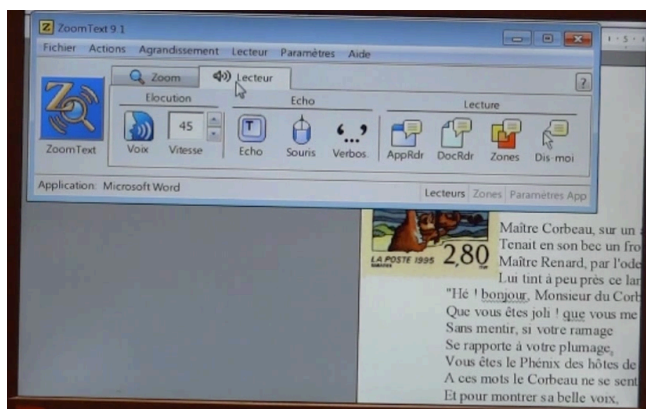
Différents modèles de filtres à clipser

Les systèmes informatiques

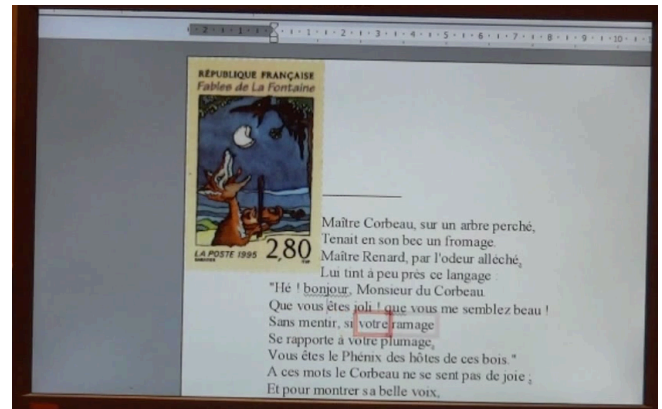
Différents logiciels permettent de lire ou d'écrire des documents à l'ordinateur.

Les logiciels de lecture d'écran

Ces logiciels convertissent des documents imprimés qui ont été numérisés, comme des livres et des articles de journaux, en documents électroniques pouvant être sauvegardés. Ces programmes peuvent même lire des textes électroniques à voix haute, grossir les caractères des textes affichés à l'écran et modifier le contraste des couleurs pour en améliorer la visibilité.



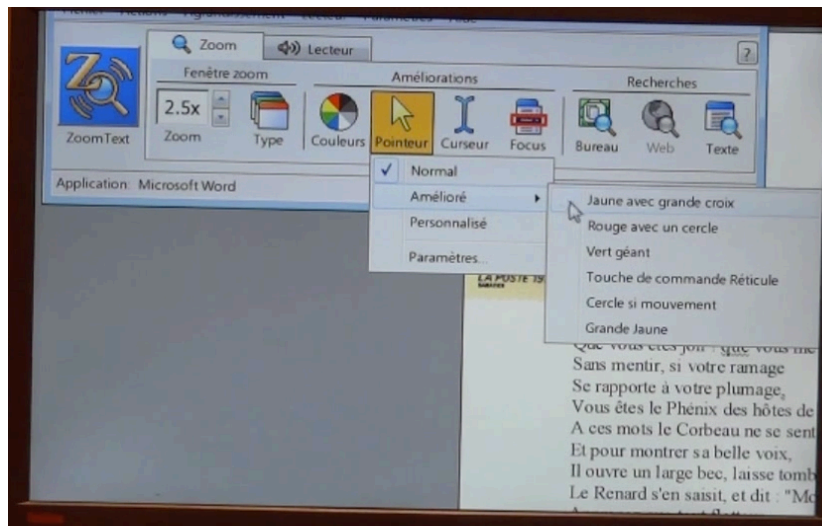
Aide vocale avec le logiciel Zoomtext



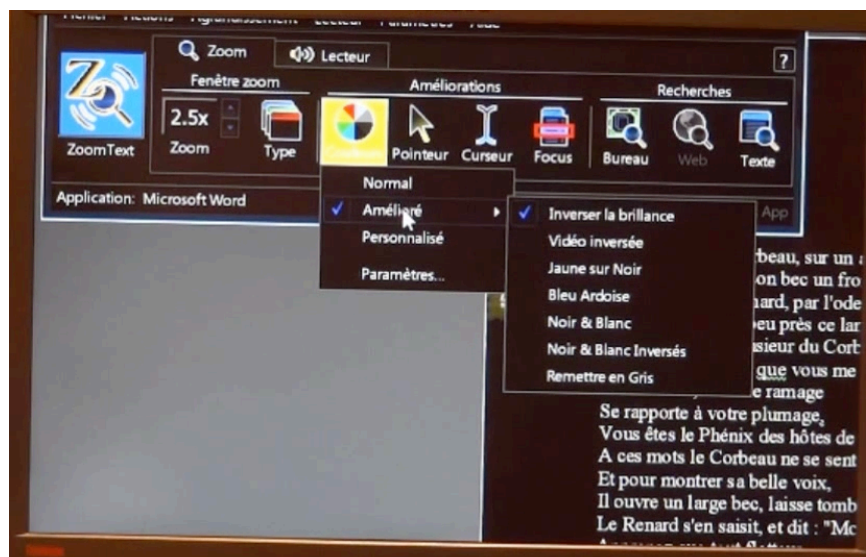
Lecture de mots à l'aide du logiciel Zoomtext

Les logiciels de grossissement des caractères

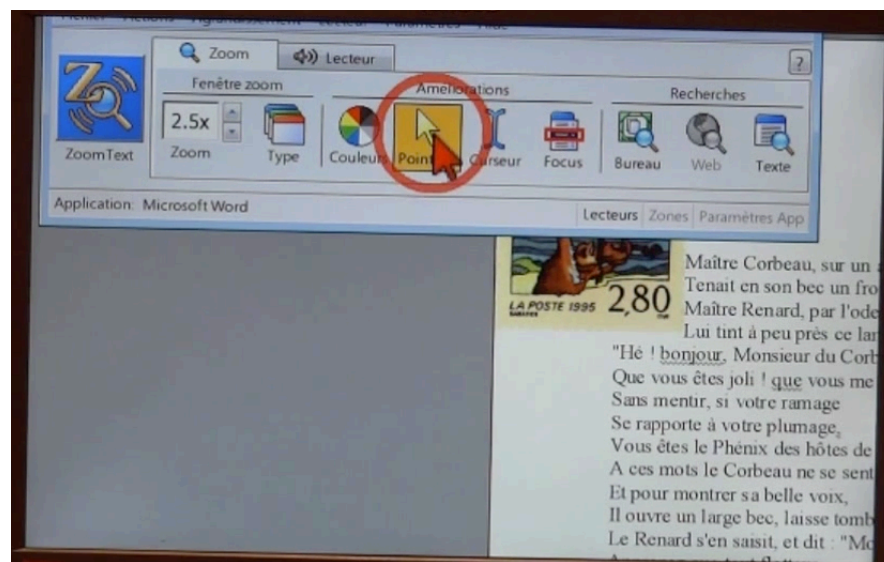
Ces logiciels permettent de grossir des textes, des graphiques et des images affichés à l'écran d'un ordinateur, ainsi que le curseur.



Changement des paramètres du curseur avec le logiciel Zoomtext



Changement des contrastes à l'aide du logiciel Zoomtext



Exemple de curseur modifié grâce au logiciel Zoomtext

Les paramètres de commande vocale

Il est possible d'émettre ou d'effectuer des appels via les smartphones à l'aide de simples commandes tactiles et vocales.

◆ Ergothérapie

L'ergothérapeute va aider le patient à développer la finesse du toucher, la précision et l'harmonisation des gestes. Les exercices vont permettre la stimulation et le développement des fonctions supérieures telles que la capacité de visualisation, la mémoire, la concentration, ainsi que le travail de la coordination œil-main et le visio-tactile.

◆ AVJ

La rééducation en autonomie de la vie journalière a pour but de développer les compétences des patients dans les actes de la vie quotidienne, afin de leur permettre de rester ou de devenir autonomes.

L'aménagement du domicile

Pour faciliter le maintien à domicile et pour préserver l'autonomie des personnes malvoyantes, certains aménagements permettent d'améliorer leur confort et leur sécurité.

Améliorer l'éclairage

La lumière est un vecteur de l'information visuelle mais toutes les personnes malvoyantes, selon la nature de l'atteinte de leur vision, n'ont pas les mêmes besoins en éclairage. Certaines d'entre elles ont davantage besoin de lumière pour réaliser leurs activités, alors que d'autres peuvent souffrir d'éblouissement, être gênées par la présence de sources lumineuses ajoutées dans le champ de vision et vont même jusqu'à réduire l'apport de lumière. Le choix de l'éclairage est important, il peut être direct ou indirect, ambiant ou d'appoint, la lumière provenant d'une source naturelle et/ou artificielle.

L'éclairage ambiant doit être obtenu par des sources lumineuses réparties uniformément dans le volume à éclairer. Des changements de luminosité créant des zones d'ombre et de lumière obligent l'œil à s'adapter au prix d'inconfort et de fatigue.

L'éclairage d'appoint ne se substitue pas à l'éclairage ambiant, il en est le complément indispensable pour réaliser des tâches précises nécessitant un fort niveau d'éclairement, même en plein jour. L'œil s'adaptant à la moyenne du niveau d'éclairement, le choix de l'éclairage s'effectue en fonction du besoin nécessaire à la réalisation de l'activité souhaitée. Un variateur d'intensité permet de moduler l'éclairage en fonction du besoin.

Supprimer les reflets

Les surfaces brillantes comme les baies vitrées, les sols cirés, les peintures laquées, les revêtements de table vernis sont à éviter, car les reflets peuvent créer une confusion avec l'objet réel. L'ajout de stores filtre l'entrée de lumière et diminue ces reflets perturbateurs. Une nappe en tissu sur une table ou un tapis de sol font disparaître ces sources d'éblouissement.

Augmenter les contrastes et les contours des objets

L'environnement peut être perçu par la personne malvoyante comme brumeux. Elle en identifie les éléments comme des plages colorées et dispose de peu d'indices concernant la texture, ce qui est source d'insécurité. Il importe donc d'accentuer les éléments porteurs d'informations. Les sens visuel, tactile et auditif doivent être sollicités pour que la personne puisse saisir les indices pertinents, sans fournir trop d'informations pour ne pas perturber l'attention.

Les repères visuels s'appuient sur une augmentation du contraste, c'est-à-dire les différences d'intensité de couleur entre des zones présentes simultanément dans le champ visuel. Augmenter les contrastes entre un objet et le fond sur lequel il se présente permet de distinguer l'objet, même avec une vision très faible. Tous les éléments dont on désire augmenter la visibilité doivent voir leurs contrastes renforcés, que ce soient des aliments, de la vaisselle, des marches d'escaliers, des portes, des interrupteurs par exemple.

L'aménagement peut consister à mettre des bandes réfléchissantes sur les marches d'escalier pour indiquer le début et la fin de chaque marche. Il est également possible de poser des repères tactiles et colorés sur les appareils électroménagers par exemple, afin de retrouver une utilisation optimale de ceux-ci.



Exemples de repères visuels et tactiles sur appareils ménagers

Matériel adapté

Il existe plusieurs objets du quotidien adaptés pour les personnes malvoyantes. Ce peut être un téléphone fixe à grosses touches bien contrastées, un agenda papier agrandi, des jeux de société, une horloge ou une balance sonores. L'usage d'un pilulier, préalablement rempli à l'aide d'un proche si besoin, permet de prévenir toute erreur dans la prise des médicaments.



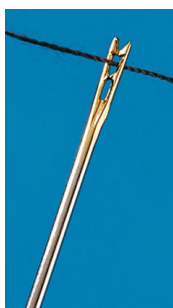
Exemples de matériel adapté avec caractères agrandis et bien contrastés

Pour faciliter le remplissage des chèques, la personne peut se servir d'un guide-chèque métallique, cartonné ou plastique, qui lui permet d'écrire dans les cases à compléter. Ce système existe également pour écrire une lettre ou sur une enveloppe.



Exemples de guide-chèque et de guide à l'écriture en plastique

Dans le domaine de la couture, l'usage d'aiguilles à chas ouvert est fortement conseillé, accompagné d'un apprentissage de la manipulation avec le rééducateur.



Aiguille avec système de châs ouvert

L'aménagement du lieu de travail

La survenue d'un handicap visuel ne signifie pas nécessairement que le patient va perdre son emploi. Les employeurs sont de plus en plus ouverts à l'idée d'aménager le lieu de travail quand cela est possible.

◆ Psychomotricité

La psychomotricienne joue un rôle important dans le développement des fonctions motrices. Elle influe sur l'organisation de la motricité, le contrôle de l'axe corporel, des réactions d'équilibration. Le déficit visuel peut s'accompagner de troubles de la coordination et de la motricité globale. De plus, l'impact psychologique de la perte visuelle peut se ressentir au niveau moteur et tonique. Les personnes ont besoin d'être accompagnées pour investir toutes les capacités de ce nouveau corps qui fonctionne différemment pour la saisie de l'information et le contrôle postural. Le schéma corporel peut être modifié et l'image du corps altérée. L'anxiété et la perte d'estime de soi peuvent par ailleurs être massives et invalidantes. Le travail se fait avec des exercices de relaxation, d'équilibre et de coordination dynamique générale.

◆ Locomotion

Les déplacements

Il faut savoir que toute personne qui vit avec une déficience visuelle a des besoins différents et éprouve des difficultés variables pour se déplacer.

Même avec une vue basse, les déplacements sont possibles, seul ou avec de l'aide, à pied, en taxi, en transports en commun ou avec le transport adapté.

À pied

L'instructrice en locomotion va aider le patient à prendre en compte tous les aspects de son environnement (sons, reliefs, obstacles, orientation), afin de prévenir tout incident dans ses déplacements et acquérir une certaine autonomie.

Pour ce faire, le patient apprend à utiliser sa vision fonctionnelle, à effectuer un balayage visuel organisé, ainsi qu'à prendre des repères. Il développe une analyse multi-sensorielle de l'environnement. Le travail se fait sur l'orientation, la localisation, la représentation mentale et la lecture de plan en relief.

Lorsque la déficience visuelle rend les déplacements à pied moins sécuritaires ou plus difficiles, il est possible de se munir d'une canne blanche. Son usage n'est pas nécessaire dans certaines pathologies oculaires, mais quelques personnes se sentent rassurées de l'utiliser pour reconnaître les marches et les obstacles. D'autres souhaitent la prendre pour être identifiées publiquement comme des personnes ayant une déficience visuelle.

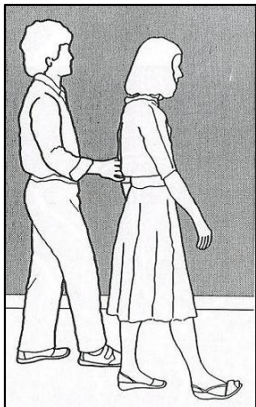
Il existe par ailleurs sur certains feus de signalisation un dispositif permettant à la personne malvoyante d'activer, à l'aide d'une télécommande, une indication sonore renseignant sur la possibilité de traverser ou non.

En transports en commun

De nombreuses personnes déficientes visuelles prennent quotidiennement les transports en commun. Les déplacements en métro s'avèrent souvent plus difficiles qu'en bus. En effet, l'éclairage n'est pas le même d'une station de métro à l'autre, et l'accès est totalement différent, avec des couloirs et des escaliers de longueur variable. Lorsque la personne effectue régulièrement le même trajet, elle réussit à enregistrer le parcours (nombre et noms d'arrêts) afin de bien en connaître les obstacles.

Technique de guide

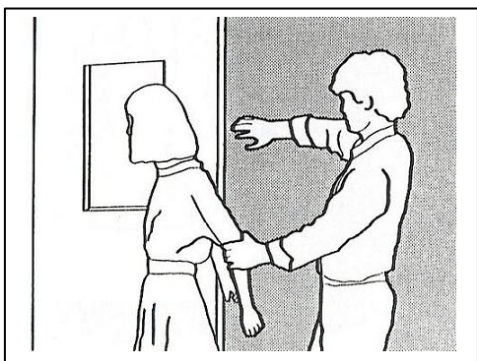
Si la personne ne se sent pas en confiance pour se déplacer seule, l'entourage peut apprendre certaines techniques de guide de la personne malvoyante.



Lorsqu'une marche se présente, faire une pose et indiquer s'il faut monter ou descendre. Devant un escalier, mettre la personne en contact avec un mur ou une rampe et indiquer la fin de l'escalier par une pause.



La personne malvoyante tient le guide par le bras, au dessus du coude, afin de bien sentir les variations dans les déplacements. La personne âgée peut préférer entourer le bras pour prendre appui. Le guide marche un pas en avant pour éviter les irrégularités de terrain et les obstacles. Il fait une pause dès que ces derniers se présentent, pour aviser la personne guidée.



Dans un passage étroit, le guide place son coude vers le centre de son dos, afin que la personne se place derrière elle et évite de se heurter à des gens ou des obstacles.

Lors du franchissement d'une porte, le guide indique de quel côté celle-ci s'ouvre afin que la personne puisse la tenir ouverte et la refermer.



Lorsque la personne malvoyante doit s'asseoir, le guide lui donne des points de repère tels que le dossier de la chaise ou la porte de la voiture.

◆ Psychologie

L'aide de la famille

Toute pathologie visuelle risque d'avoir un impact psychologique majeur chez la personne qui en est atteinte. Non seulement parce que cela affecte sa mobilité et son autonomie, mais également l'image qu'elle a d'elle-même. Le soutien des proches est donc essentiel. Ces derniers, souvent bouleversés à l'annonce du diagnostic, pourront recevoir des conseils et des explications. Les amis et la famille sont les premiers à vouloir aider la personne dans son quotidien. Elles peuvent cependant avoir tendance à faire certaines choses à sa place, surtout lorsqu'elles ne savent pas ce que la personne atteinte peut faire seule. Il est préférable de proposer son aide à la personne, qui la refusera si elle n'en ressent pas le besoin, que de faire les choses à sa place. Les réactions de l'entourage sont très importantes, elles peuvent influencer sur l'estime du patient ainsi que sur sa réadaptation. En effet si celui-ci sent que sa famille n'accepte pas son état, elle aura du mal à l'accepter elle-même et à faire les efforts nécessaires pour garder son autonomie. Pire encore, certaines réactions peuvent entraîner une vexation et une dépression. C'est pourquoi il est très important que la famille et les amis soutiennent et encouragent une personne malvoyante, quitte à essayer des lunettes de simulation pour mieux ressentir ce qu'est la déficience visuelle.

Le soutien psychologique spécialisé

L'aspect émotif résultant d'une baisse de la vue est une des plus grandes difficultés à surmonter. À l'annonce du diagnostic, le patient peut ressentir diverses émotions : choc, déni, colère, tristesse. Ces émotions peuvent survenir dans n'importe quel ordre, à des degrés divers et pour des durées qui varient d'un individu à l'autre. Certaines personnes revivent les différentes étapes du deuil de leur vision chaque fois qu'elles subissent un changement visuel, même si elles y sont préparées et si elles sont déjà passées par là. Des entretiens individuels ou avec la famille, ainsi que des groupes de parole sont alors mis en place avec le psychologue, afin d'aider le patient à vivre avec la déficience visuelle et réaliser qu'il n'est pas seul dans cette situation.

◆ Aides sociales

L'assistante de service sociale va conseiller le patient sur les aides dont il pourrait bénéficier. Elle peut l'aider à constituer un dossier auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), dans le but de faire reconnaître la déficience visuelle et d'obtenir des aides financières.

Le patient peut par ailleurs demander une carte d'invalidité : « la carte d'invalidité civile a pour but d'attester que son détenteur est handicapé. Elle est accessible sous conditions et permet de bénéficier de certains droits spécifiques, notamment dans les transports ».

La mention "cécité" est apposée sur la carte d'invalidité dès lors que la vision centrale de la personne handicapée est inférieure à 1/20^{ème}.

2.5.3 Limites de la prise en charge

Plusieurs raisons peuvent entraîner le patient à arrêter la rééducation.

Ce peut être une aggravation de l'état de santé général, qui conduit à une hospitalisation ou à des conditions psychologiques et physiques qui entravent la prise en charge au sein du centre.

D'autre part, certains patients n'ayant pas fait le deuil de la maladie ne sont pas aptes moralement à trouver la motivation pour fournir les efforts nécessaires afin que la rééducation soit efficace. En effet, lorsque l'on accepte le programme proposé par les différents professionnels, il faut être conscient que cela requiert un engagement important avec des phases de progression et de stagnation. L'évolution se fait dans la répétition et la persévérance.

Il faut par ailleurs faire attention à la manière dont les exercices sont présentés au patient, afin d'éviter toute infantilisation ou incompréhension qui pourrait l'offusquer.

L'éloignement géographique du centre par rapport au domicile peut représenter un inconvénient, surtout chez des personnes âgées qui ont des difficultés pour se déplacer et pour qui les trajets constituent déjà une cause de fatigabilité.

2.5.4 Quelques exemples de patients

◆ Mme B.

79 ans, atteinte de DMLA.

* ÉVALUATIONS DE DÉPART

Bilan Orthoptique

Bilan sensoriel :

AVL :

OD : 2,5/10^{ème}

OG : 0,4/10^{ème}

Binoculaire : 2,5/10^{ème}

AVP :

OD : P5/P6

OG : < P14

Binoculaire : P5/P6

Bilan moteur :

L'orientation du regard est difficile, la poursuite et les saccades sont de mauvaise qualité.

Bilan fonctionnel :

La vision est entravée dans son rôle de communication (vision des détails sur les visages, reconnaissance des personnes). L'analyse perceptive et les stratégies d'exploration visuelle sont performantes sur des caractères typographiques adaptés (taille et contraste). L'organisation du geste pose quelques difficultés, l'anticipation et le contrôle visuel sont compliqués.

Conclusion :

8 séances de rééducation orthoptiques sont proposées pour ancrer une néofixation stable, travailler la motricité conjuguée et ainsi améliorer l'organisation du geste et la capacité de lecture.

Bilan Optique

Aides optiques possédées :

Mme B. possède plusieurs équipements : une loupe pour lire les dates de péremption, une loupe pour la lecture de gros titres de journaux, l'utilisation des chèques et des billets, des lunettes de soleil teintées, un téléphone fixe et portable.

Essais aides optiques :

Lors de l'évaluation, plusieurs équipements ont été présentés et essayés : une loupe à poser, un téléagrandisseur pour le confort de la lecture, un monoculaire pour les déplacements mais essai non concluant.

Conclusion :

Mme B. semble très motivée et pourra déjà être dans un meilleur confort visuel avec un bon éclairage (elle n'en utilise pas pour le moment). La patiente pourra retrouver la lecture avec différents modèles de loupes, mais pour faciliter celle-ci un téléagrandisseur serait l'idéal. Si Mme B. est toujours motivée pour utiliser à nouveau les outils informatiques, il faudra envisager des équipements tels que Zoomtext et un clavier à gros caractères.

Bilan d'Ergothérapie/AVJ

Mme B., vit avec son mari dans une maison munie à l'extérieur d'un monte-escaliers. Pour effectuer les bilans dans de bonnes conditions elle avait au préalable pris un médicament antidouleur. Être en activité en station assise semble la soulager, elle se baisse difficilement mais peut se relever. Une raideur au niveau des vertèbres cervicales est évoquée lors du bilan fonctionnel de l'épaule. Cet entretien met en évidence une difficulté à gérer la distance lors des déplacements d'objets (vaisselle sur égouttoir, fer à repasser sur planche, couteau et index). À noter que Mme B. a une très bonne sensibilité tactile mais ne peut se fier à ses sensations pour ce qui est de la douleur superficielle (brûlure avec le fer à repasser). Elle a moins de force à droite qu'à gauche lors des prises palmaires. L'association des actions tourner et serrer sont gestuellement difficiles. Par exemple fermer une porte à clé est simple dès l'instant où le sens de la clé et la serrure sont repérés, tandis que l'ouverture d'une bouteille de jus d'orange est problématique.

Indépendance à table :

Verser de l'eau dans un verre avec une carafe est possible, mais lui demande de l'attention, et le maintien du verre éviterait qu'il se décale. A domicile les débordements s'observent surtout avec les verres hauts et étroits. Malgré le petit îlot supérieur de l'assiette non perçu, la découpe au couteau et à la fourchette ne pose pas de problème. Par contre couper le pain comme lors de l'essai est dangereux pour l'index gauche. Manger un plat complexe étant fastidieux, Mme B. privilégie le filet de poisson, enlève le gras de la viande avant la cuisson. Les repas à l'extérieur la mettent mal à l'aise au point de commander vite, et de laisser ce qui est difficile à manger.

Entretien ménager :

Son mari s'occupe des vitres et de temps en temps du nettoyage du sol à la vapeur. Toutes les autres activités ménagères sont gérées par Mme B., la principale difficulté étant de déplacer et poser un objet à un endroit précis (vaisselle à côté de l'égouttoir, choc sur bec verseur de la cafetière). Une de ses astuces consiste à déposer un morceau de papier blanc pour repérer les balayures.

Entretien du linge :

De multiples systèmes de fermeture nécessitent beaucoup d'efforts (petits boutons, fermetures éclair, fermoirs de bijoux, lacets des chaussures d'hiver). La lessive, le pliage et le rangement du linge ne posent pas de problème. Mme B. peine à brancher la prise du fer à repasser et doit redoubler de vigilance pour le poser sans le faire tomber ni se brûler. La couture d'un bouton est devenue difficile.

Hygiène et soins :

Autonome. Elle dispense aussi des soins d'hygiène et de confort à son mari mais a du mal à enfiler sa chaussette de contention.

Vie sociale :

Seule, certaines étapes ne sont pas réalisables : la pesée des produits, la lecture des prix. Mme B. utilise sa loupe pour identifier les dates de péremption.

Pour le paiement, elle utilise la carte bancaire en se fiant au repère tactile de la touche 5 pour composer son code dans les appareils. Son mari gère le retrait d'argent au distributeur. Lors du bilan, Mme B. a confondu la pièce de 5 centimes et celle de 50 centimes, les billets ont été reconnus par comparaison de leur taille. Grâce à la lecture de son mari, Mme B. participe à la gestion du budget. Les démarches administratives en lieu public sont facilitées par la patience des gens lorsqu'ils sont prévenus de sa malvoyance.

Elle possède un téléphone fixe à grosses touches, dont elle ne voit pas l'écran, sur lequel sont mémorisés quelques numéros de téléphone. Sa belle-fille lui a confectionné un répertoire papier adapté. Les rendez-vous sont également notés en gros caractères et sont lisibles grâce à sa loupe. Le classement des papiers est organisé dans un trieur type mallette, il est tenu à jour.

Sans aide Mme B. peut lire : l'heure (montre, horloge et réveil), les gros titres. C'est son mari qui compense son handicap en lui lisant ses courriers, auxquels elle répond ensuite si besoin. Elle écrit souvent en majuscule, pour pouvoir se relire. La taille de ses lettres est régulière.

Loisirs :

Mme B. aime écouter la radio à longueur de journée, le réglage de sa radio est acquis. La télécommande de la télévision est bien gérée mais il lui est difficile de suivre un programme TV s'il y a trop de personnages. Son ordinateur n'est plus utilisé (vieux modèle). Elle fait encore du petit bricolage mais n'ose plus changer une ampoule. Elle aime aussi pratiquer des activités de jardinage (arracher l'herbe, aller chercher des salades, attacher les tomates).

Conclusion :

10 séances de rééducation minimum relatives à :

- des essais d'aides techniques (déboucher une bouteille, ouvrir des boîtes, enfiler ses chaussettes de contention)
- des conseils d'étiquetage (réglages d'équipements personnels)
- des astuces ou techniques pour se servir à boire, couper le pain en sécurité, éventuellement éplucher des oignons, dosage, utilisation du four, confection de pâtisseries
- des entraînements à différents moyens de paiement (pièces de monnaie et billets en euros, chèque avec guide)
- la couture (aiguille à chas ouvert, pose d'un bouton, ourlet)

Bilan de Psychomotricité/Locomotion

Situation actuelle :

Lors de l'entretien Mme B. n'exprime pas de difficultés particulières à se déplacer à pied en milieu connu. Elle fait ses courses dans les commerces de proximité, connaît bien Clermont-Ferrand, aime s'y promener mais actuellement l'utilisation des transports en commun lui semble complexe. Elle utilise les taxis ou Moovicit   et peut s'appuyer sur de bonnes capacités d'orientation spatiale et de mémorisation.

Mme B. est gênée en cas de fortes luminosités et la nuit. Dans ces conditions de luminosité elle peut être en difficulté pour repérer des reliefs non contrastés.

  valuation de la vision fonctionnelle :

Vision de loin (prise de repères et orientation) :

Spontanément Mme B. utilise assez peu sa vision de loin pour analyser l'environnement.

L'observation se porte essentiellement sur la recherche d'éléments analytiques de l'environnement. Elle fait très attention aux obstacles et aux reliefs. Le manque d'information globale ne facilite pas la compréhension et l'anticipation des obstacles éventuels et la planification du déplacement.

Les capacités d'orientation sont très bonnes. Mme B. possède une très bonne mémoire et une très bonne compréhension des différentes consignes. Les éléments utiles aux déplacements sont détectés et assurent un déplacement sécurisé et orienté.

Elle est très attentive aux informations sensorielles (auditives, tactiles), qui lui fournissent des informations fiables et complémentaires pour son environnement.

Vision intermédiaire (détection des obstacles) :

La perception des obstacles et des reliefs dépend de leurs tailles et de leurs contrastes. Les obstacles sont perçus et reconnus avec une distance de 5 à 10 mètres.

Gestion du parcours :

Le rythme de marche est bon et permet, sur sollicitation, une bonne analyse de l'environnement. Mme B. adapte son rythme de marche à la situation.

La posture, du fait de l'observation visuelle du sol, est globalement crispée et les épaules sont un peu enroulées vers l'avant.

Conclusion :

Mme B. a mis en place spontanément un certain nombre de compensations lui assurant un déplacement sécurisé mais assez couteux sur le plan de l'attention et de la concentration.

L'utilisation des techniques de locomotion aidera à apporter plus de confort lors des déplacements. De plus, Mme B. souhaite travailler des trajets fonctionnels lui permettant de se rendre dans des associations Clermontoises.

Sont proposées 5 séances afin de travailler :

- le balayage visuel
- les traversées
- faire des essais de monoculaire
- la prise de bus/tram
- des trajets fonctionnels

Bilan de l'Assistante du Service Social

Mme B. a connu ABV par un article dans le journal et est soutenue dans sa démarche par son fils et sa belle-fille.

La DMLA s'est déclarée en 2003 pour l'OG et 2007 pour l'OD, associée à une Maladie de Horton (polyarthrite sur toutes les articulations).

Le mari de Mme B. est malade depuis une dizaine d'années, est autonome mais fatigué et très fragile.

Mme B. ne veut pas d'aide extérieure tant qu'elle peut gérer elle-même le quotidien.

Elle faisait du bénévolat dans le domaine du chant mais a arrêté car craignait d'être maladroite, du fait de sa déficience visuelle. Aimant le contact extérieur, cela lui manque beaucoup. Elle craque souvent, pleure, s'isole, sa situation d'aidant auprès de son mari lui paraissant très lourde. Mme B. est retraitée et possède une carte d'invalidité. Elle se pose beaucoup de questions quant à l'avenir de son mari si elle venait à disparaître, quels seraient les devoirs de celui-ci vis-à-vis de son fils adopté par monsieur depuis peu.

Conclusion :

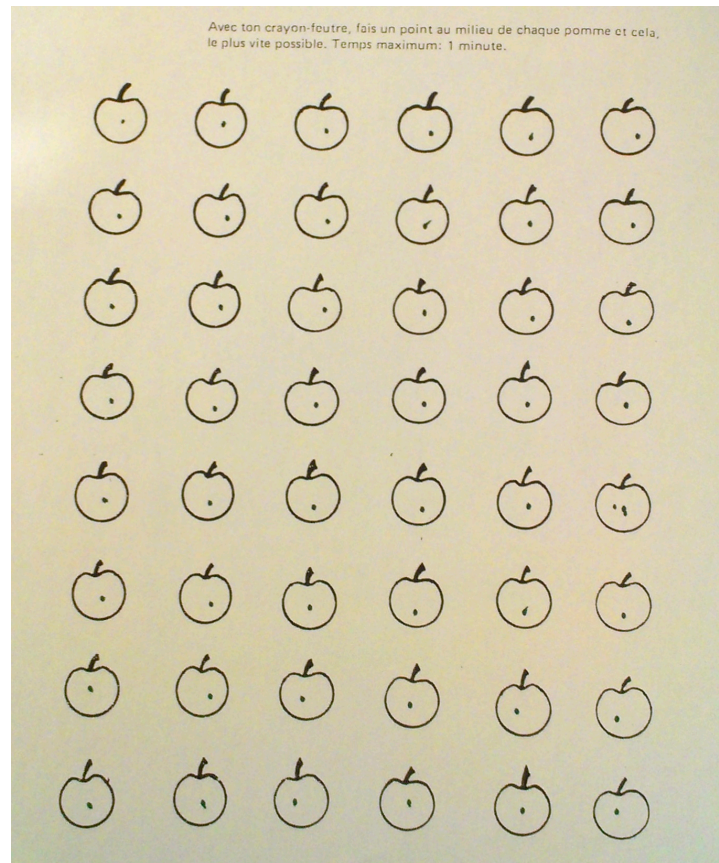
Répondre aux questions de Mme B. (pension de réversion) et l'accompagner pour l'aider à sortir de son isolement (projets associatifs).

* SÉANCES DE RÉÉDUCATION/RÉADAPTATION

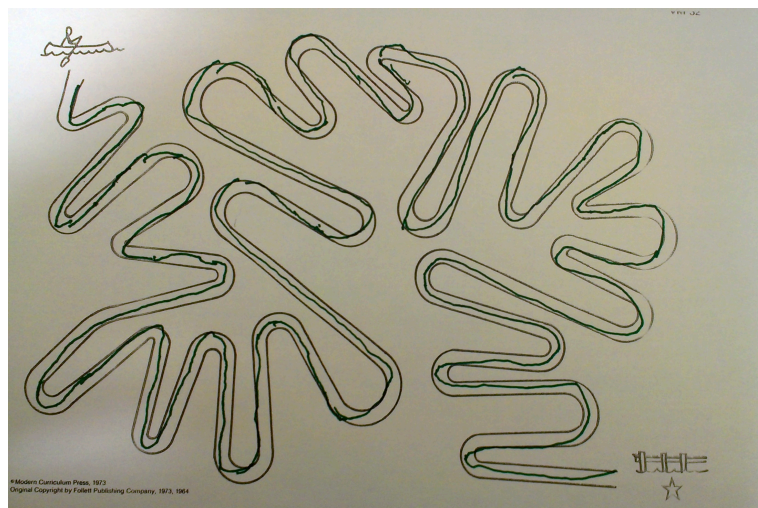
Orthoptie

Travail de la motricité oculaire (fixation, poursuite, saccades) sur mires de diamètres différents (10 mm, 8 mm, 4 mm), bien effectué.

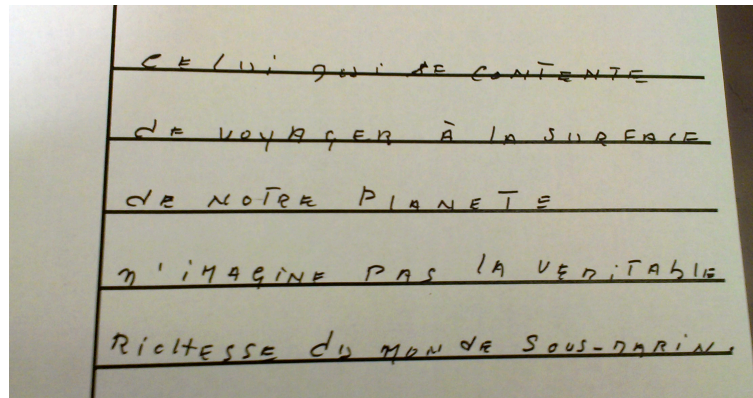
- Exercice de localisation visuelle, bien malgré un léger décalage :



- Travail de coordination perceptivo-motrice, anticipation et contrôle difficiles :



- Écriture sur feuille avec grand modèle de lignes, bien mais quelques espaces entre les mots :

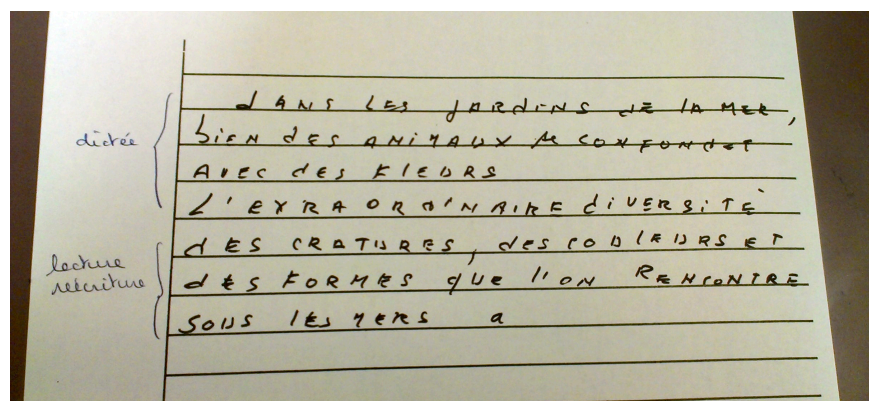


- Travail de la motricité conjuguée sur mire de 4 mm de diamètre : prise de fixation avec coordination perceptivo-motrice et localisation bonne, fixation stable. Poursuite lentement bonne et saccades bonnes avec refixation surtout à droite.

- Exercice de localisation visuelle et de discrimination avec pointage et pincage de perles de Hama bien effectué.



- Exercice de coordination perceptivo-motrice par écriture dictée puis lecture/réécriture :



- Travail de motricité conjuguée et de discrimination à l'aide d'un calendrier grande taille bien effectué, avec une confusion Bernard/Bertrand.

- Travail du balayage et de la discrimination, la patiente doit retrouver dans le texte les mots indiqués sur la liste ci-dessous :

LE CINÉMA FRANÇAIS

communiquer
représentation
L'avènement
excessive
considérablement
néanmoins
phénomène
milliard
millions
Cependant
d'audience
sondages
officiels
téléspectateurs
décuplé
fréquentation
producteurs
distributeurs
exploitants
investi

LE CINÉMA FRANÇAIS

Pendant un demi-siècle, la seule façon de communiquer les films au public a été la représentation en salles. L'avènement de la télévision a eu deux effets : il a développé de manière excessive la diffusion de films et fait considérablement chuter le nombre des entrées dans les salles. C'est néanmoins en France que l'on souffre le moins de ce phénomène.

En vingt ans, les entrées dans les salles sont passées de 1 milliard à 80 millions en Grande-Bretagne, soit treize fois moins. 800 millions à 140 millions en RFA, presque six fois moins; de 800 millions à 240 millions en Italie. En France, on est passé de 435 millions en 1957 à environ 200 millions aujourd'hui, soit deux fois moins.

Cependant, la crise existe, même en France, mais ce n'est pas une crise d'audience, loin de là. Selon les sondages officiels, il y a 4 milliards de visions de films par an grâce à la télévision : 4 milliards de téléspectateurs !

Donc, en vingt ans, l'audience du cinéma a décuplé en France, elle est passée de 435 millions à 4 milliards 200 millions. Pourquoi la baisse de fréquentation de salles a-t-elle été moins forte en France qu'ailleurs? Je vois deux raisons: producteurs, distributeurs et exploitants ont investi; les relations cinéma-télévision se sont améliorées.

- Exercice de piquage avec quelques oublis et quelques erreurs de localisation, ci-dessous.



- Évaluation de la capacité de lecture en P8 : 60 mots/minute.
- Exercice de mots mêlés, fait plutôt rapidement mais avec ralentissement.

Mots mêlés.

17 Vêtements :

BÉRET	CHEMISES	MANTEAU	SANDALES
BONNET	CRAVATE	PANTALON	SARI
BRAIE	JUPE	PYJAMA	
CHAPEAUX	KILT	ROBE	
CHAUSSURES	MANCHON	RUBAN	

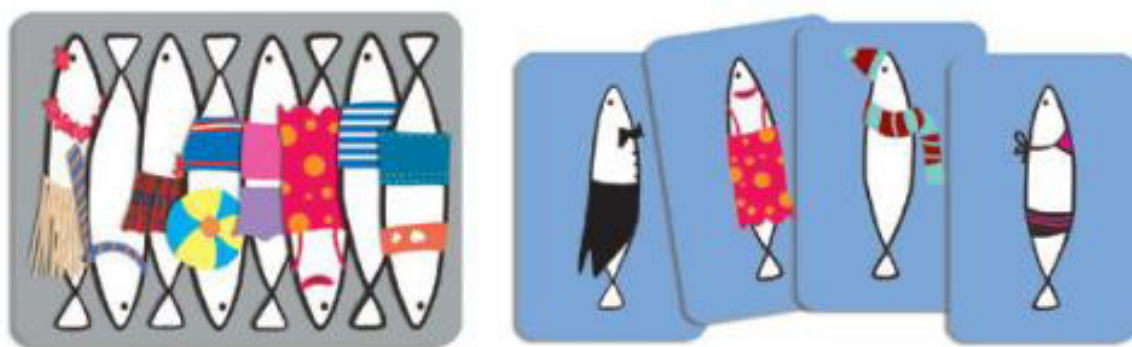
Restent 9 lettres : Trouver un adjectif caractérisant certains habits.

- Deuxième exercice de mots mêlés :

Mots mêlés.

Restent 17 lettres : Trouver le nom de Jean-Pierre Pernaut Journaliste.

- Jeu des sardines, afin de travailler la discrimination, l'exploration visuelle et la mémoire :



- Essai de lecture du journal avec loupes.

* SYNTHÈSE DES RÉÉDUCTIONS

Bilan Orthoptique

Bilan sensoriel :

OD : 2,5/10^{ème} AVL : OG : 0,63/10^{ème}

Binoculaire : 2,5/10^{ème}

OD : P5/P6 AVP : OG : < P14

Binoculaire : P5/P6

Mme B. est moins gênée par le voile sur l'OG.

Bilan moteur :

L'orientation du regard est plus facile. La fixation est stable sur de petites cibles (5 mm). La poursuite est possible lentement et les saccades visuelles sont de meilleure qualité. La technique de fixation excentrée est bien intégrée.

Bilan fonctionnel :

La vision est entravée dans son rôle de communication avec des difficultés classiques dans la DMLA (vision des détails sur les visages, reconnaissance des personnes). L'organisation du geste doit être adaptée car la localisation visuelle est approximative dans la région centrale. Nous avons essayé une loupe à poser avec un grossissement 3 fois. La lecture est facilitée et Mme B. a ainsi accès à tous les documents écrits (courrier, magazine, annuaire).

Bilan d'Ergothérapie/AVJ

Lors des séances Mme B. a été très active et attentive à chaque conseil. Un certain nombre de situations s'est amélioré.

Alimentation :

Préconisation d'une aide technique pour déboucher une bouteille et ouvrir des boîtes.
Acquisition de méthodes pour se servir à boire et couper du pain. Pour le dosage, Mme B. utilise des loupes pour lire les chiffres de son verre doseur, et se fie aux équivalences avec cuillère et verre. Si souhaité, elle a la possibilité d'acquérir une balance parlante.
En ce qui concerne la confection de pâtisseries (entraînement au dosage, versement de précision, utilisation du four), des difficultés sont rencontrées lors de certains gestes de précision (enlever l'emballage du beurre) ou lors des ports de charge (soulever un plat pour verser la pâte dans un moule).

L'utilisation de la partie tranchante du sépare-œuf est efficace pour sectionner de façon nette la coquille d'œuf. Refermer temporairement le haut de la poche à douille (avec une épingle à linge par exemple) facilite le versement.

Pour ce qui est du marquage, Mme B. s'est familiarisée avec les boutons de programmation de sa gazinière et de son four. L'application de repères adhésifs en mousse caoutchouc facilitera le réglage du fer à repasser. La minuterie du sèche-linge reste difficile d'utilisation.

Afin de faciliter la recherche d'ustensiles dans les tiroirs du meuble bas de sa cuisine, il y a possibilité de matérialiser des espaces différents pour trier ces ustensiles en ajoutant des séparations : des séparateurs de tiroirs, des bacs tiroir pour rayonnage, des boîtes en bois de bouteilles de vin. L'identification des manches des ustensiles peut aussi être facilitée par un marquage bien visible au feutre indélébile ou avec un scotch imperméable de couleur par exemple.

Paiement (pièces de monnaie, billets, remplissage de chèque) :

Ces fonctions sont acquises, avec reconnaissance visio-tactile et guide chèque.

Agenda :

Son calendrier lui convient, les deux pinces trombones type tige fournies simplifieront son utilisation. Possibilité aussi de se procurer un agenda en gros caractères.

Couture :

L'utilisation d'aiguille à chas ouvert, avec l'aide d'un bouchon en liège, est acquise ainsi que la réalisation de nœuds. Doubler le fil est préférable pour ne pas avoir à réenfiler l'aiguille en cours de travail. Coudre un bouton à deux trous et à quatre trous, ainsi que l'utilisation d'un découvite se sont avérés concluants. Pour les ourlets, Mme B. peut maintenir le tissu avec des réglettes à ourlets le temps de la pose du thermocollant ou de la couture à la main.

Insertion de clé dans la serrure :

Application d'un mini éclairage led sur la clé en question pour faciliter l'insertion dans la serrure. L'utilisation du toucher est aussi vivement conseillée.

Bilan de Psychomotricité/Locomotion

Différentes techniques ont été abordées lors des séances de rééducation :

- le balayage visuel près-loin
- les traversées à feux et sans feux
- les transports en commun (bus et tram)
- les trajets fonctionnels

Une séance au domicile a été réalisée.

Mme B. a très vite utilisé la technique de balayage près-loin, ce qui lui a permis de redresser son dos et sa tête. Cette posture lui permet une meilleure exploration visuelle globale de l'environnement. Le regard est de nouveau utilisé pour la prise de repères.

Entre les séances elle s'entraînait à appliquer lors de ses déplacements les techniques de locomotion.

Après avoir réalisé les séances de rééducation, la patiente est beaucoup plus à l'aise dans ses déplacements, elle a pris confiance en elle. De plus, maintenant Mme B. est plus à l'écoute des informations sensorielles issues de son environnement et prend plus de temps à analyser ce dernier.

Mme B. utilise efficacement les techniques de locomotion.

Conclusion

Lors de son accompagnement au Centre, la patiente a bénéficié d'un entretien de bilan avec le psychologue. Durant son parcours de soins, un accompagnement psychologique a été mis en place et Madame B. a par ailleurs participé à un groupe de parole. Le travail effectué avec le psychologue a permis de mettre à jour et d'élaborer un certain nombre d'éléments.

Au terme de la prise en charge sur le centre Auvergne Basse Vision, Madame B. estime avoir obtenu des résultats positifs. Le programme de rééducation a permis à la patiente de gagner en aisance et d'améliorer sa vie quotidienne (possibilité de signer les chèques, utilisation du téléphone et déplacements plus aisés).

◆ M. V.

51 ans, atteint de rétinite pigmentaire.

* ÉVALUATIONS DE DÉPART

Bilan Orthoptique

Bilan sensoriel :

AVL :

OD : 4/10^{ème} OG : 5/10^{ème}

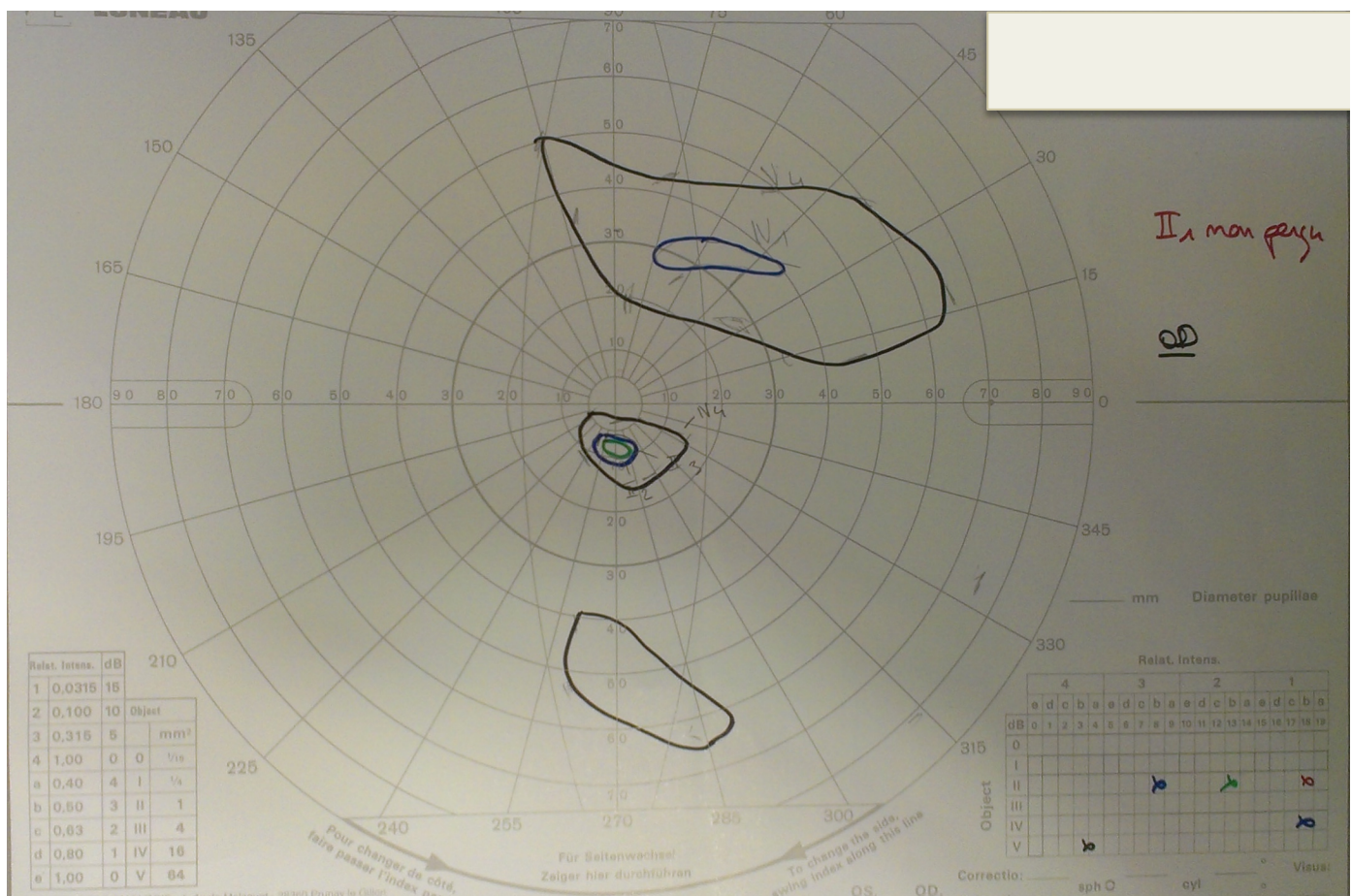
Binoculaire : 5/10^{ème}

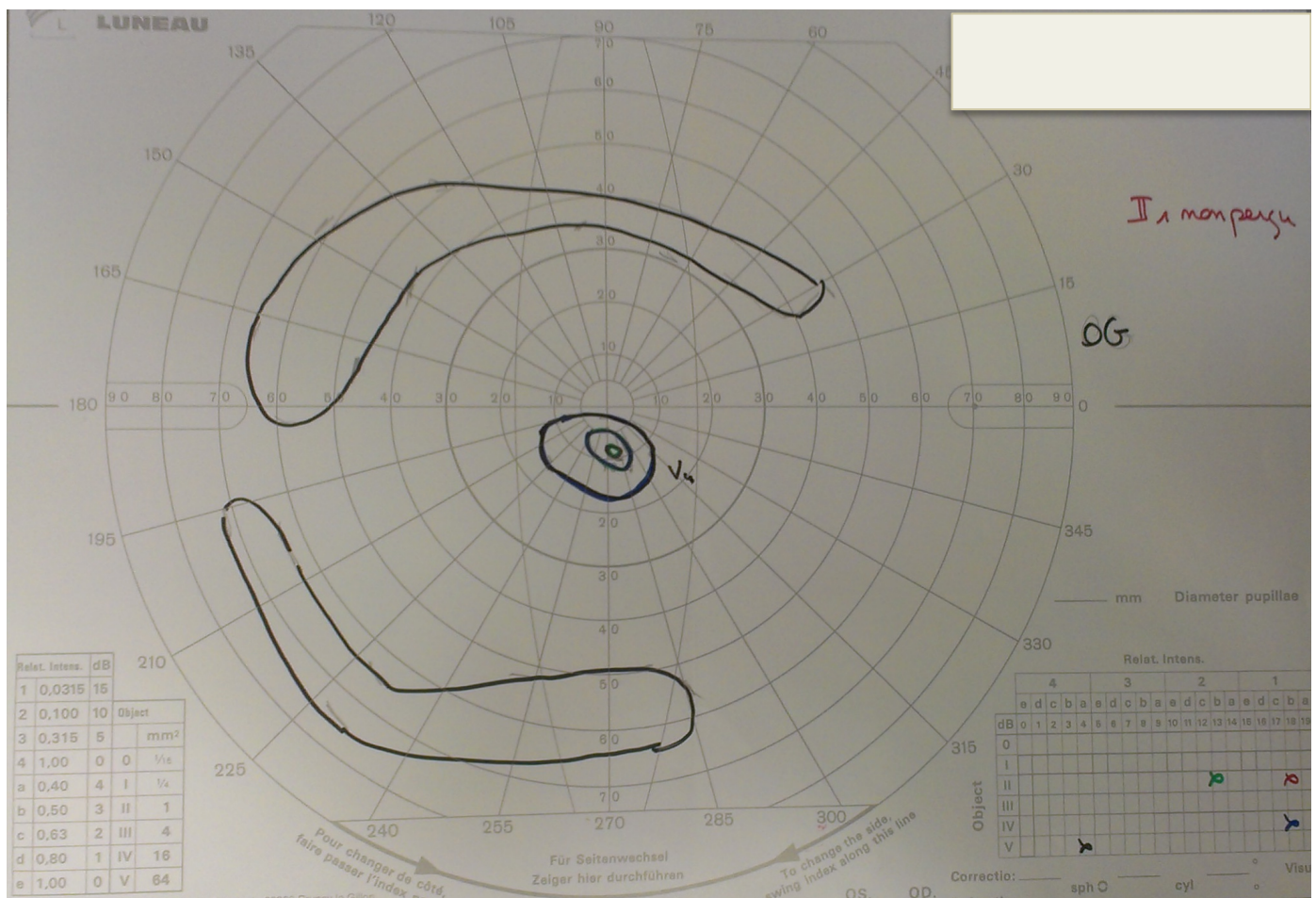
AVP :

OD : P3/P4 OG : P2/P3

Binoculaire : P2/P3

Relevés du Champ visuel :





La vision binoculaire est présente, la fusion est possible mais à développer.

Bilan moteur :

L'orientation du regard est maîtrisée mais difficile. La fixation est stable sur cibles paramaculaires dans l'espace mais demande un balayage visuel préalable long et couteux. La poursuite et les saccades visuelles sont possibles et de bonne qualité, après un repérage préalable des cibles. M. V. ne présente pas de déviation et la motilité oculaire est normale. Une diplopie peut apparaître quand il n'y a aucun effort de fixation.

Bilan fonctionnel :

La vision est très entravée dans son rôle de communication. Les interlocuteurs sont difficilement reconnus et le recul nécessaire pour augmenter le champ visuel utile n'est pas forcément compatible avec la discussion ou des salutations par exemple. Les difficultés sont majorées si les cibles sont en mouvement. La saisie de l'information ne pose pas de difficultés sur des documents de format A4, l'analyse perceptive est correcte et l'exploration visuelle efficace. L'exploration visuelle est difficile dans l'espace. La lecture est possible en caractères classiques, non agrandis, mais à une distance de 70 cm afin d'élargir le champ visuel utile et avec un éclairage de qualité bien dirigé.

Conclusion :

8 séances de rééducation orthoptiques sont proposées pour renforcer la vision binoculaire et travailler les stratégies d'exploration visuelle.

Bilan Optique

Aides possédées ou utilisées :

M. V. possède différents équipements : une loupe sans éclairage intégré, une lampe frontale, une paire de lunettes avec des verres progressifs blancs antireflets.

Essais aides optiques :

À l'occasion de la séance d'évaluation, différents essais ont été faits : des filtres dégradés 3 qui semblent améliorer les contrastes, deux modèles de loupes permettant la lecture jusqu'à P1,5.

Conclusion :

Afin que M. V. dispose d'un meilleur confort, il pourrait utiliser les filtres RT dégradés et un modèle de loupe à poser qui dispose d'un éclairage et d'un système à doubles lentilles. Au cours des séances de rééducation, il serait souhaitable de prévoir d'autres essais avec par exemple une lunette avec des verres préventifs qui protègent de la lumière bleue nocive et des UV.

Bilan d'Ergothérapie/AVJ

M. V. vit avec sa femme et un de ses trois enfants dans une maison. Il est ingénieur agricole et occupe un poste de formateur en informatique. Au quotidien M. V. utilise une petite lampe frontale d'appoint et une petite loupe. Il est globalement autonome dans toutes les activités du quotidien car il a mis en place des compensations efficaces au domicile. M. V. est droitier et présente des troubles de la sensibilité sur cette main droite depuis 1985.

Indépendance à table :

M. V. est globalement autonome pour le repas, peut mettre le couvert et débarrasser. Il mémorise l'emplacement des objets sur la table pour ne pas renverser des choses, repère le contenu de son assiette sans difficulté, peut couper la viande et assaisonner. Il rencontre cependant certaines difficultés pour se servir à boire. De plus, quand il prend ses repas en extérieur (self par exemple), il a besoin de plus d'attention pour gérer son plateau et se déplacer avec, mais parvient toutefois à le faire seul.

Cuisine :

M. V. utilise tous ses appareils électroménagers (gazinière, four électrique, lave-vaisselle, cafetière) en autonomie. Pour consulter ses recettes il utilise sa loupe d'appoint. Il cuisine beaucoup, peut couper, éplucher, doser, ouvrir des boîtes, transporter, cuire, de façon autonome.

Entretien ménager :

M. V. passe le balai, la serpillère, l'aspirateur, nettoie les plans de travail et fait son lit seul.

Entretien du linge et habillage :

M. V. a des difficultés pour reconnaître les couleurs (vert et bleu en particulier), le Colorino (une aide pour détecter les couleurs) lui a été présenté en entretien. Il peut tout de même choisir ses vêtements seul car il les connaît, il s'habille seul et ne rencontre pas de difficulté pour les systèmes de fermeture. Il repasse et plie les vêtements au domicile sans problème.

Hygiène et soins :

M. V. est autonome pour ses soins : lavage de lunettes, soins des ongles, dosages, rasage, identification des produits de toilette et rangement.

Vie sociale :

M. V. ne fait pas les courses mais accompagne parfois sa femme. Il se déplace seul dans les commerces de proximité de temps en temps. M. V. reconnaît toutes les pièces et tous les billets, et se réfère aux repères tactiles visuellement en cas de doute. Il identifie ces repères sur la tranche quand les pièces sont dans son porte-monnaie et peut donc payer en autonomie. M. V. a du mal pour repérer les lignes des chèques mais une fois localisées, leur remplissage se fait sans difficulté. Le paiement par carte bancaire ne pose pas de souci, le retrait de billets au distributeur se fait aisément si celui-ci est connu et si M. V. prend son temps. En ce qui concerne la gestion de son compte bancaire, M. V. s'en occupe de manière indépendante, en s'aidant de sa loupe d'appoint ou en imprimant les relevés en caractères agrandis.

M. V. ne rencontre pas de problème pour l'utilisation du téléphone, la lecture de l'agenda et possède des horloges adaptées. Il utilise sa lampe frontale pour la lecture mais rencontre plus de difficultés pour consulter son journal. M. V. peut écrire en lettres manuscrites et utilise l'ordinateur.

Loisirs :

M. V. fait beaucoup de jeux de société avec ses enfants, cependant il rencontre des difficultés quand le jeu nécessite un balayage rapide sur le plateau ou sur une table. Par exemple, le repérage des dés une fois lancés sur la table est compliqué et les contrastes entre le support et les dés n'améliorent pas son repérage.

M. V. possède une grande télévision qu'il perçoit bien, manipule la télécommande ainsi que l'ordinateur sans difficulté. Il est autonome pour le jardinage et le bricolage mais a abandonné les jeux de ballon avec ses enfants et ne pratique le vélo que sur des lieux connus.

Conclusion :

1 à 3 séances de rééducation minimum, pour optimiser l'utilisation des aides optiques (commerces, lecture du journal) et la manipulation de la monnaie, ainsi qu'adapter des jeux de société si souhaité.

Bilan de Psychomotricité/Locomotion

Situation actuelle :

Quotidiennement, les déplacements sont effectués seul et en autonomie, pour se rendre sur le lieu de travail. M. V. est amené pour ce dernier à se déplacer dans des lieux encombrés voire mal éclairés. Il rencontre des difficultés dans ces conditions pour se déplacer, gérer les obstacles et s'orienter, difficultés majorées la nuit. Certaines compensations sensorielles ont déjà été mises en place, ainsi qu'une organisation lui permettant de sécuriser une partie de ses déplacements par le covoiturage ou l'accompagnement.

Évaluation de la vision fonctionnelle :

Vision de loin (prise de repères et orientation) :

Du fait de la bonne acuité en vision de loin, la distance de perception et d'identification est très importante. Tous les éléments utiles au déplacement sont détectés, identifiés et permettent une bonne compréhension de l'environnement ainsi qu'une bonne orientation spatiale.

Le mobilier urbain est détecté et identifié à 15/20 mètres, les escaliers montants sont perçus à plus de 30 mètres et les intersections sont anticipées à plus de 80 mètres.

Vision intermédiaire (détection des obstacles) :

La distance de détection des obstacles dépend de leur taille, leur couleur et leur contraste. Les véhicules, le mobilier urbain et les passants sont aperçus sans difficulté au-delà de 2 mètres. De jour, cette distance donne un temps d'anticipation des obstacles, mais la réduction du champ visuel périphérique rend difficile leur gestion une fois que ces derniers sont au son niveau de M. V., surtout s'ils sont mobiles. Les conditions lumineuses sont très importantes, M. V. ne pouvant pas utiliser ses capacités visuelles pour se déplacer.

Gestion du parcours :

Les capacités motrices et auditives sont bonnes, M. V. a un bon équilibre et de bonnes capacités d'adaptation à son environnement. Sa marche est rapide mais sa posture n'est pas dans l'axe. Le déplacement lui demande une hyper vigilance visuelle qui se traduit corporellement par une position de tête en avant et une crispation des muscles de la nuque et des épaules. M. V. contourne les différents obstacles sans perdre son orientation et sans se mettre en danger. Il programme et anticipe ses déplacements que le lieu soit connu ou non.

Conclusion :

La restriction du champ visuel rend difficile la détection des obstacles et des reliefs latéraux et /ou au sol. Les déplacements sont très coûteux physiquement et nerveusement. La canne longue de détection semble être un outil intéressant à essayer pour M. V., afin de lui apporter plus de sécurité. Le travail en locomotion permettra d'identifier les moments où cet outil est nécessaire et les temps où les possibilités visuelles de M. V. assurent sa sûreté.

Préconisation de 5 à 8 séances de locomotion de nuit, visant à apporter en plus de la sécurité un certain confort. Cela permettra également d'acquérir des techniques facilitant les déplacements, réalisés seul ou accompagné, en mettant en place le balayage visuel, la technique de canne et la gestion des situations de foule.

Bilan de l'Assistante du Service Social

M. V. est atteint de rétinite pigmentaire, avec perte visuelle depuis 2000 et diagnostic posé en 2008. Il est orienté par sa belle-sœur, son frère ayant la même pathologie.

M. V. travaille sur poste informatique dans le domaine agricole, n'a pas de logiciel adapté mais possède un agrandissement sur écran plat par vidéoprojecteur. Il possède la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) depuis 2011.

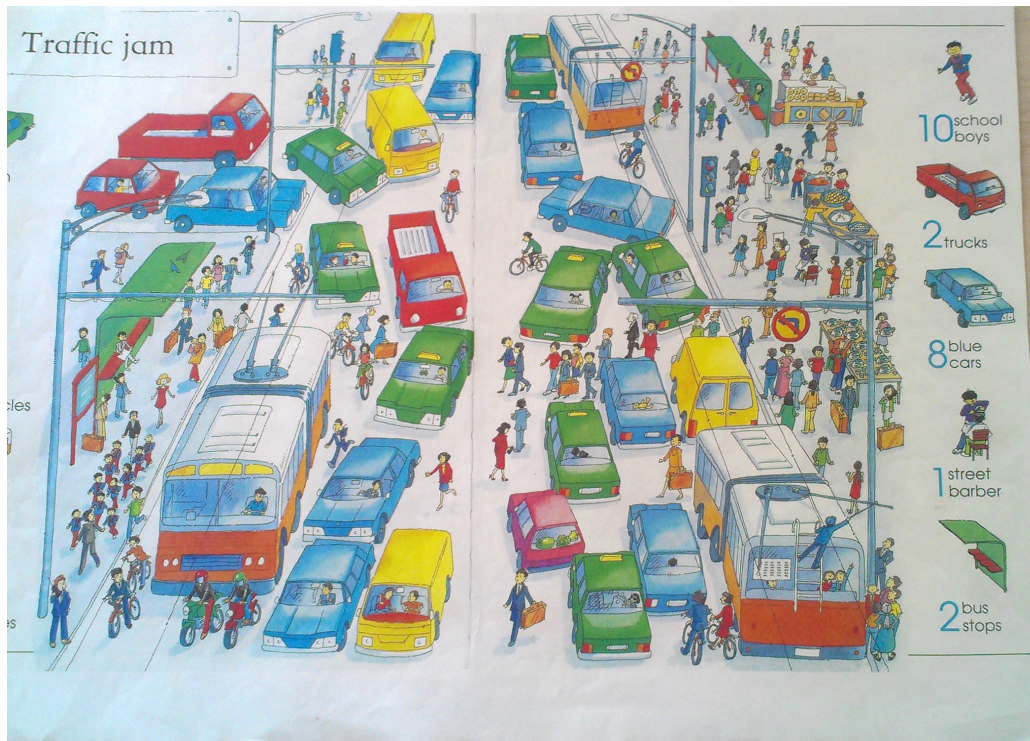
M. V. ne conduit plus depuis 2 ans. Pour les aller-retour domicile/lieu de travail il fait les trajets avec sa compagne, étant employée dans la même entreprise, ou en transports en commun (train et bus). Pour ses déplacements professionnels, monsieur fait du covoiturage avec ses collègues.

M. V. ne possède pas de carte d'invalidité, à rectifier, et se pose des questions quant à un départ à la retraite.

* SÉANCES DE RÉÉDUCATION/RÉADAPTATION

Orthoptie

- Travail de la fixation et du balayage sur mires de 10 mm et 4 mm de diamètre, avec et sans fond.
- Exercice d'encadrement de pastilles sur format A3 et A4, bon.
- Exploration d'images sur format A3 : souk, traffic jam, parc.



- Lecture en X de mots, bien réalisée.

LA MACHINE À ÉCRIRE

Répandue à	des dizaines
de milliers	d'exemplaires,
la machine à	écrire était
inventée voici	plus de deux
siècles et demi!	Le 17 janvier
1714, la	reine Anne
d'Angleterre	concédait à
Henry Mill un	brevet et une
importante	somme d'argent
pour "avoir inventé	une machine
qui imprime	parfaitement
des lettres	déchiffrables"
Hélas ! Henry Mill	avait inventé
la machine à	écrire à une
époque où l'on aurait difficilement	trouvé plus de cinq à six Anglais
sur cent capables de	lire et d'écrire correctement
Xavier Projean, un Marseillais,	n'eut guère de chance en
1833, lorsqu'il	fit breveter
sa "machine	typographique"
Ce n'est	qu'en 1874
que la firme	Remington
accepta	de fabriquer
cet appareil	à quelques
exemplaires.	Dix ans plus
tard, elle	en fabriquait
plusieurs	milliers par an
Aujourd'hui,	la machine à
écrire permet	de recopier
un texte cinq	à six fois
plus vite qu'à	la main. Elle
est devenue	un objet
intensivement	utilisé.

- Amplitudes de fusion :

C :
OD : 18
OG : 16

D :
OD : 8
OG : 8

C' :
OD : 18
OG : 35

D' :
OD : 14
OG : 14

- Réalisation du champ visuel.
- Amplitudes de fusion :

C :
OD : 16
OG : 18

D' :
sur mire tonique
OD : 14
OG : 16

C' :
sur mire tonique
OD : 30
OG : 30

C' :
sur mire accommodative
OD : 14
OG : 20

- Travail de la poursuite et des saccades sur mire de 4 mm de diamètre, bon.

- Amplitudes de fusion :

C :
sur mires tonique et accommodative
OD : 25
OG : 25

D :
OD : 6
OG : 6

C' :
sur mire tonique (\varnothing : 4 mm)
OD : 30
OG : 35

D' :
OD : 16
OG : 18

C' :
saccades
OD : 25
OG : 25

- Travail de la motricité oculaire : fixation sur mire (\varnothing : 4 mm) rapide et stable, poursuite sur mire (\varnothing : 4 mm) lente à rapide, sans retard au changement de direction.

- Exploration d'images : port, place, village Africain, café.



- Travail de la motricité oculaire : poursuite lente, saccades horizontales et verticales sur mire (Ø : 4 mm)
- Amplitudes de fusion :

C :

OD : 30

OG : 30

C' :

sur mire tonique

OD : 20

OG : 40

C' :

saccades

OD : 30

OG : 30

D :

OD : 6

OG : 6

D' :

OD : 14

OG : 16

- Exercice d'exploration : mots mêlés, entraînement à la lecture.

- Amplitudes de fusion :

C :

OD : 25

OG : 25

D :

OD : 6

OG : 6

C' :

sur mire tonique (\varnothing : 10 mm)

OD : 25

OG : 30

D' :

OD : 14

OG : 14

C' :

saccades

OD : 30

OG : 30

- Exercice d'exploration : parc, café.
- Lecture meilleure, correction optique changée.
- Amplitudes de fusion :

C :

OD : 25

OG : 25

D :

OD : 8

OG : 8

C' :

sur mire tonique (\varnothing : 10 mm)

OD : 25

OG : 30

D' :

OD : 14

OG : 14

C' :

saccades

OD : 25

OG : 30

- PPC à 6 cm avec diplopie
- Jeu du Tangram durant lequel le patient doit reproduire une figure à l'aide de formes géométriques, à l'échelle : bon avec démarcation et sans démarcation.

*** SYNTHÈSE DES RÉÉDUCTIONS**

Bilan Orthoptique

Bilan sensoriel :

AVL :
OD : 4/10^{ème} OG : 5/10^{ème}

Binoculaire : 5/10^{ème}

AVP :
OD : P3/P4 OG : P2/P3

Binoculaire : P2/P3

La vision binoculaire est présente, l'amplitude de fusion a été renforcée par un travail à la barre de prismes en vision de près et de loin, pour prévenir les épisodes de diplopie.

Bilan moteur :

La fixation est stable sur cibles maculaires dans l'espace, mais demande un balayage visuel préalable. La poursuite et les saccades sont possibles et de bonne qualité sur cibles maculaires, après un repérage des cibles.

Bilan d'Ergothérapie /AVJ

Païement :

Les repères des pièces de monnaie ont été revus et des essais ont été faits avec différents porte-monnaie adaptés. Le tri des pièces de 1€, 2€ et 50 centimes est le plus pratique et facile pour M. V., ce qui lui permet de repérer facilement la pièce cherchée et ne pas confondre les pièces les plus difficiles à différencier (1 et 2€, les centimes).

Repas :

Afin de pallier aux difficultés pour repérer les verres, des essais ont été réalisés avec différents modèles teintés. Ainsi, ces verres permettent un repérage plus aisé sur la table et une localisation du niveau d'eau. Les contenants verts ou bleus sont les plus adaptés.

Jeux de société :

M. V. est en difficulté pour l'utilisation de jeux de dés car il met du temps à repérer les dés lancés sur la table. Afin de rendre plus facile la pratique des jeux, un plateau de couleur unie et contrasté avec les dés pourrait convenir.

Lecture :

Les livres en caractères agrandis ont été évoqués.

Bilan de Psychomotricité/Locomotion

Au cours du programme de rééducation, différentes techniques ont été abordées en séances :

- le balayage visuel : l'exploration visuelle en statique et en dynamique de l'ensemble de l'environnement est plus efficace qu'au début de la réadaptation. M. V. a su adapter le travail réalisé en orthoptie aux exigences du déplacement et a pu transposer le balayage visuel en vision de près au balayage visuel en vision de loin.
- La technique de canne : les séances ont eu lieu de nuit, en milieux connus. M. V. a pu expérimenter l'intérêt de la canne longue et déterminer les moments où cet outil lui est nécessaire.

Conclusion

Au terme de la prise en charge à Auvergne Basse Vision, M. V. estime avoir obtenu des résultats positifs. Le programme de rééducation lui a permis d'appréhender avec plus de sérénité et de sécurité les déplacements extérieurs grâce à l'utilisation de la canne longue notamment et la mise en place de différentes techniques.

◆ **Mme F.**

56 ans, atteinte de myopie dégénérative.

* **ÉVALUATIONS DE DÉPART**

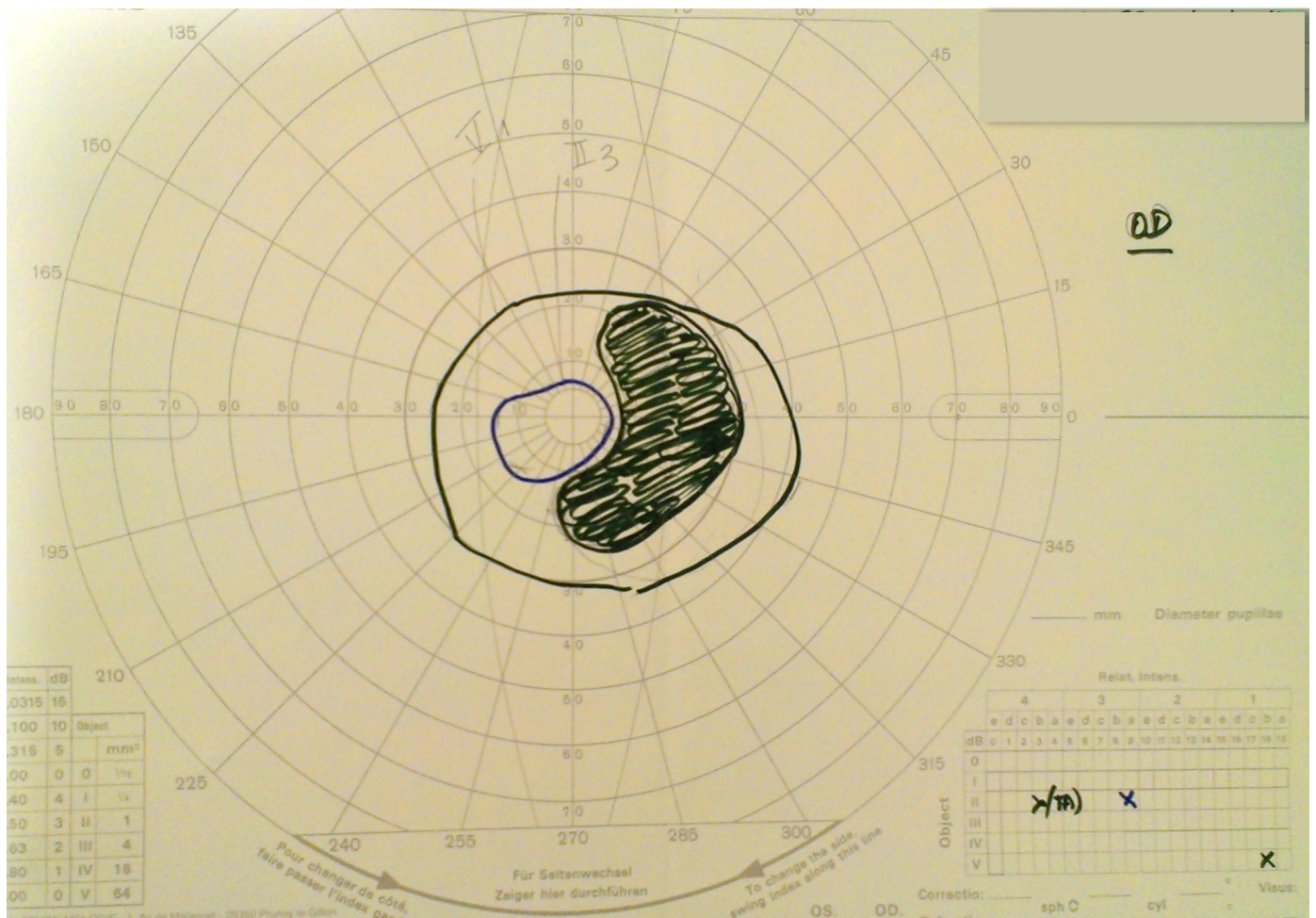
Bilan Orthoptique

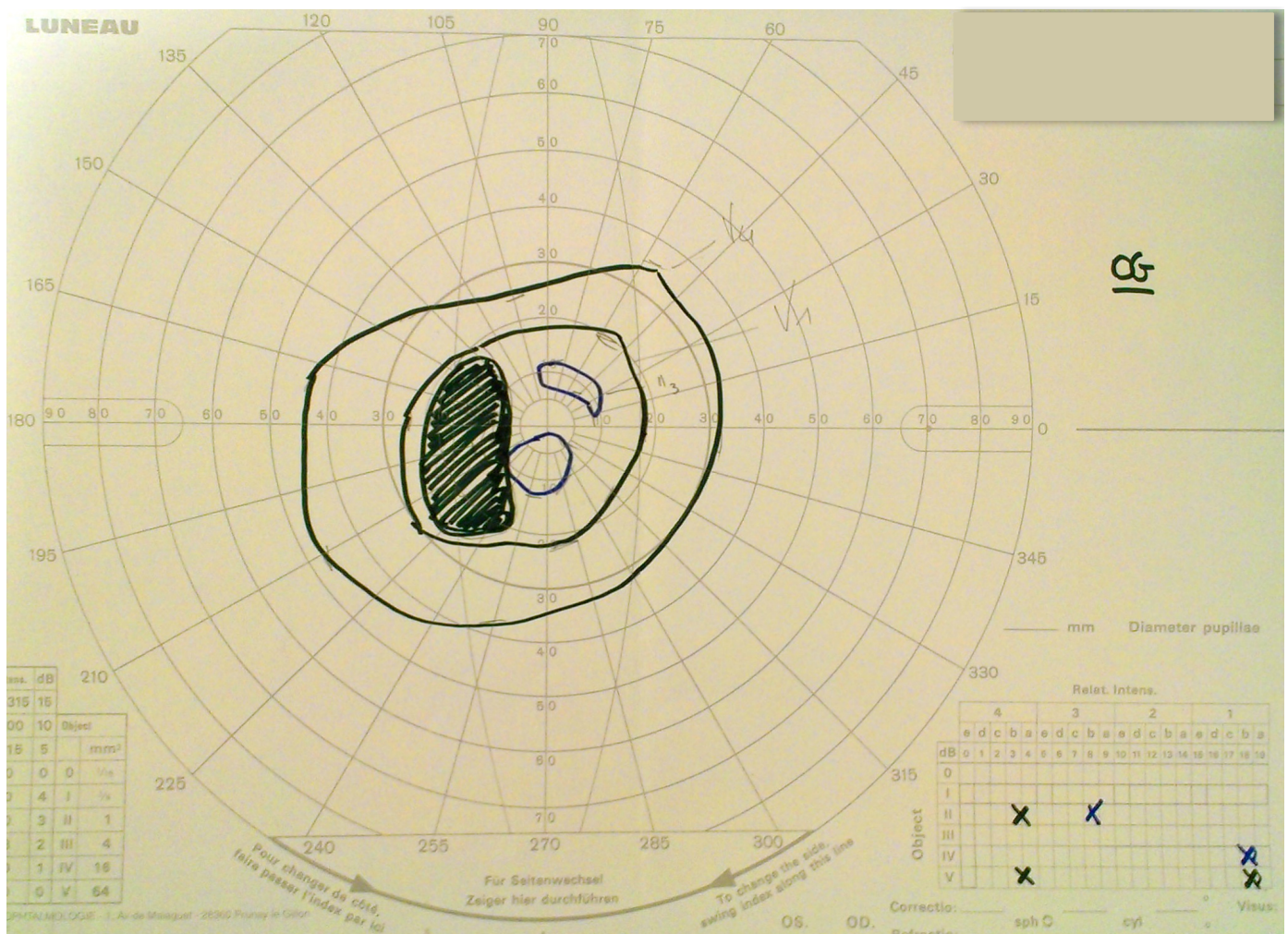
Bilan sensoriel :

OD : 1/10^{ème} AVL : OG : 0,05/10^{ème}

OD : P8 AVP : OG : < P14

Relevés du champ visuel :





Bilan moteur :

L'orientation du regard est incertaine. La fixation demande un long balayage, un contraste important entre la cible et le fond. La poursuite et les saccades visuelles sont possibles et correctes mais sont très peu durables. L'exercice de la motricité conjuguée est donc pénible.

Bilan fonctionnel :

La vision est très entravée dans son rôle de communication, les interlocuteurs ne sont bien perçus qu'en vision très rapprochée ce qui n'est socialement pas possible. L'analyse perceptive et l'exploration visuelle sont correctes. La localisation est correcte en distance mais plus difficile en direction, ce qui peut rendre l'organisation du geste plus lente dans les coordinations perceptivo-motrices fines. La lecture est possible et rapide en caractères agrandis, Parinaud 20.

Conclusion :

5 à 8 séances de rééducation orthoptiques sont proposées pour améliorer l'orientation du regard dans diverses tâches visuelles. Des essais d'aides optiques seront réalisés tout au long de la rééducation.

Bilan Optique

Aides possédées :

Mme F. dispose de plusieurs équipements : un téléagrandisseur avec caméra, une loupe électronique, un ordinateur équipé du logiciel Zoomtext et d'une synthèse vocale. Elle souhaiterait investir dans une loupe électronique portable ayant un écran plus grand.

Essais aides optiques :

Des essais de filtres ont été faits pour la vision de loin et la vision de près.

Conclusion :

Afin que Mme F. puisse disposer d'un meilleur confort visuel et ainsi améliorer les contrastes, elle pourrait s'équiper de filtres. Lors des séances de rééducation, des essais seront à prévoir avec Zoomtext par exemple.

Bilan d'Ergothérapie/AVJ

Durant l'entretien, Mme F. exprime ses difficultés, ses attentes et les compensations qu'elle a mises en place.

Elle vit avec son compagnon et est familiarisée avec son domicile, mais l'ajout de contrastes pourrait lui simplifier la vie : contour des interrupteurs, marches des escaliers, marquages pour les branchements de prises. Au quotidien, elle compense sa déficience visuelle en se fiant aux perceptions auditives (versement du liquide, gazinière), en améliorant l'éclairage, en ajoutant des marquages (sur la cafetière, le four) et en augmentant les contrastes (vaisselle, intervertir les vêtements clairs et foncés dans les piles de linge). Mme F. s'aide également en respectant des emplacements fixes, pour les produits d'entretien notamment, et en mémorisant beaucoup (programmation de la machine à laver par exemple).

Indépendance à table :

Mme F est aguerrie en ce qui concerne le versement d'un liquide, en positionnant son index au-dessus de la circonférence du verre et en se fiant au bruit de l'écoulement. Elle rencontre cependant des difficultés pour se servir, tartiner, assaisonner, ouvrir les bouteilles, lire les recettes et éplucher les aliments fermes. La cuisson est bien gérée mais il lui arrive de se cogner les jambes contre la porte du four.

Entretien ménager et du linge :

Mme F. est autonome tant que ses repères sont préservés. Elle effectue au mieux chaque tâche, autre que le repassage et la couture. Elle bénéficie pour ces derniers de deux heures hebdomadaires d'aide ménagère.

Hygiène et soins :

Mme F. mentionne des difficultés pour tous les soins esthétiques.

Vie sociale :

En ce qui concerne le paiement, Mme F. distingue la couleur des billets et reconnaît les pièces de 1€ et 2€, mais ne remplit plus les chèques, se contentant uniquement de les signer. Elle est autonome pour payer en carte bancaire.

Mme F. ne possède qu'un téléphone fixe adapté mais souhaiterait des conseils pour un téléphone portable. Elle possède une montre parlante pour la lecture de l'heure.

Loisirs :

Les activités manuelles ont été abandonnées.

Conclusion :

5 séances de rééducation minimum pour :

- des conseils sur le choix d'un enregistreur numérique et d'un téléphone portable
- l'amélioration des capacités de paiement (identifier les centimes, remplir un chèque)
- les loisirs (jeux de société)
- la couture, le repassage éventuellement
- des aides pour les soins esthétiques

Bilan de Psychomotricité/Locomotion

Situation actuelle :

Mme F. se déplace essentiellement avec son chien guide mais garde l'habitude d'utiliser sa canne blanche.

Elle connaît les différentes techniques de locomotion mais souhaiterait acquérir plus d'aisance et de confiance en elle lors de ses déplacements, surtout dans les cas où les conditions lumineuses ne sont pas favorables, la nuit notamment. Mme F. décrit des tensions musculaires, signes de sa crispation et de son attention visuelle. Elle rencontre des difficultés à utiliser l'analyse multi-sensorielle au cours de ses déplacements, un travail dans ce sens permettrait une meilleure compréhension de l'environnement. De plus, suite à une opération du genou, elle n'a plus les mêmes sensations proprioceptives dans les deux hémicorps, ne se sent pas stable et appréhende la chute.

Conclusion :

Les déplacements sont très coûteux physiquement et nerveusement pour Mme F.. Les 8 à 10 séances de locomotion viseront à apporter plus de confort et de sérénité, en mettant en place :

- une analyse multi-sensorielle
- un travail de nuit
- un travail de proprioception et d'équilibration
- de la relaxation
-

Bilan de l'Assistante du Service Social

Mme F. a été orientée vers le centre Auvergne Basse Vision par l'école de chien guide.

Elle a rejoint la région pour se rapprocher de sa mère, dépendante et atteinte de DMLA.

Mme F. était enseignante, a été mise en arrêt maladie et invalidité pour plusieurs problèmes de santé. Elle a travaillé dans le domaine du handicap et possède du matériel informatique adapté pour la déficience visuelle depuis 2005. Elle est investie dans des associations de quartier : ateliers de lecture et Anglais.

Mme F. est en ALD pour la myopie forte et la fibromyalgie. Elle possède une carte d'invalidité avec la mention cécité, a bénéficié d'une prestation de compensation du handicap (PCH) pour ses aides techniques et pour l'acquisition de son chien guide en 2012. Elle a par ailleurs effectué une demande de prestation concernant l'aménagement de son logement.

* SÉANCES DE RÉÉDUCATION/RÉADAPTATION

Orthoptie

- Travail de la motricité oculaire : bon sur mires de 8 mm et 4 mm de diamètre, bon sur mires de 15 mm de diamètre sauf pour des distances inférieures à 40 cm.
- Exercice avec perles de Hama : bon, perles bien vues mais tendance à une préhension globale.
- Travail de la motricité conjuguée : lecture de mots en X en P10, lecture de mots en colonnes

LA FARCE	
réception	particulièrement
princièrè	m'enfoncer
défiànce	sommeil
exagération	souvenirs
éveil	accomplis
inquiétude	précaution
reconduire	souveraine
procession	délicatement
chuchoter	couvertures
corridor	l'alcôve
j'inspectais	inquiétante
les tentures	tressaillant
suspect	poitrine
assurément	hurlement
auvents	épouvantable
reconnaître	J'étouffais
ridicule	favoris
m'espionnait	immédiatement
supposais	stupeur
mystification	accourut
énormément	improvisée
terreur	

- Exercice de mots mêlés où la précision du geste est importante, exercice ci-dessous :

Mots mêlés.

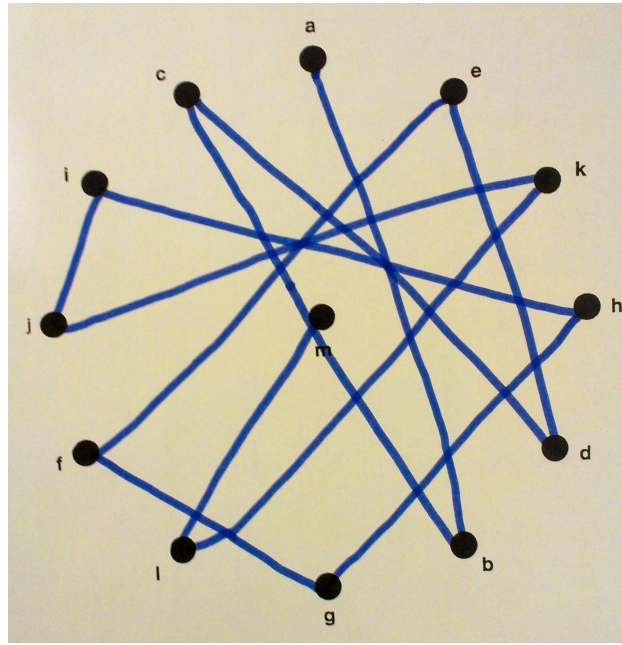
C	H	A	U	S	S	U	R	E	S
H	R	C	B	P	Y	J	A	M	A
E	P	A	H	E	R	U	B	A	N
M	B	A	V	A	R	P	B	N	D
I	A	O	N	A	P	E	L	T	A
S	R	N	N	T	T	E	T	E	L
E	A	O	C	N	A	E	A	A	E
S	A	R	B	H	E	L	N	U	S
B	R	A	I	E	O	T	O	C	X
H	E	K	I	L	T	N	U	N	R

17 Vêtements :

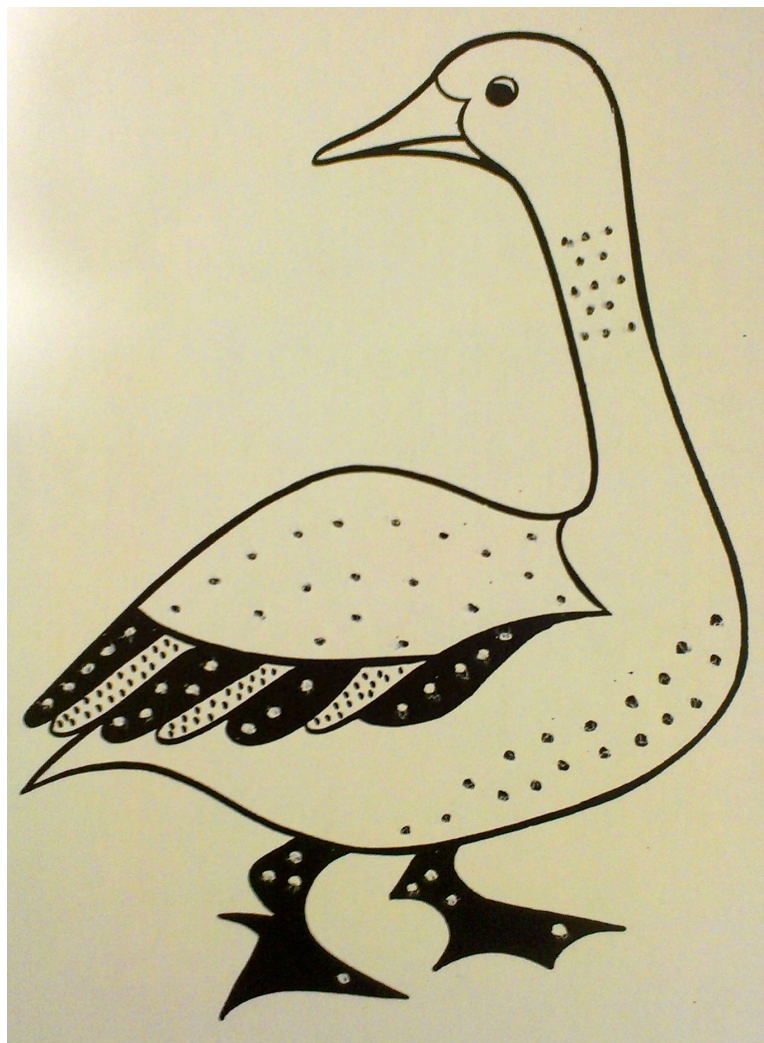
BÉRET	CHEMISES	MANTEAU	SANDALES
BONNET	CRAVATE	PANTALON	SARI
BRAIE	JUPE	PYJAMA	
CHAPEAUX	KILT	ROBE	
CHAUSSURES	MANCHON	RUBAN	

Restent 9 lettres :
Trouver un adjectif caractérisant certains habits.

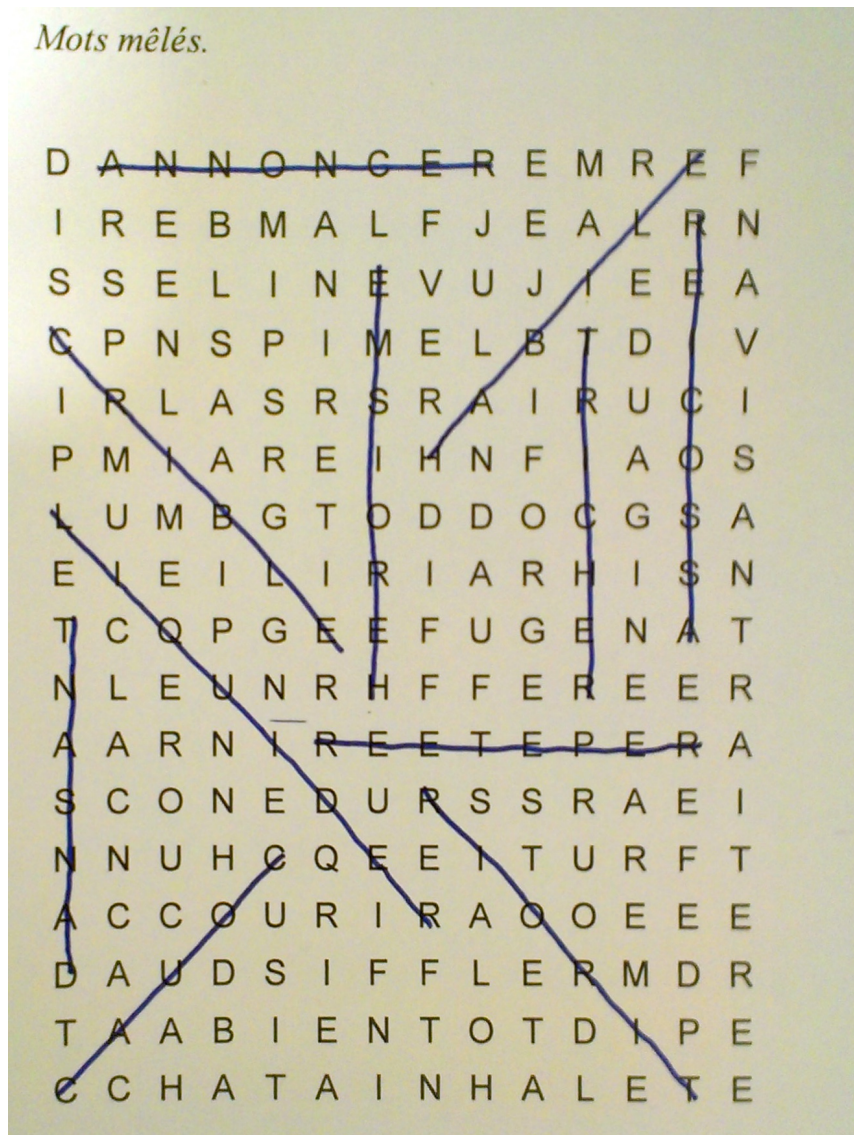
- Exercice de lettres à relier ci-dessous :



- Essais d'une correction plus importante en vision de près.
- Travail de la motricité conjuguée : exercice de piquage ci-dessous :



- Travail du PPC et de la poursuite en vision de près, amplitude de convergence de près.
- Entraînement de lecture de mots en P10
- Entraînement de lecture verticale en P10, exercices de mots mêlés ci-dessous :



- Exercices de mots mêlés en P10.
- Jeu du Tangram à l'échelle, bon avec et sans démarcations.

* SYNTHÈSE DES RÉÉDUCTIONS

Bilan Orthoptique

Bilan sensoriel :

OD : 1/10^{ème} AVL : OG : 0,05/10^{ème}
OD : P8 AVP : OG : < P14

Des essais de correction en vision de près avec filtres thérapeutiques ont été réalisés. La correction a été préconisée.

Bilan moteur :

L'orientation du regard est meilleure. De nombreux exercices de motricité conjuguée ont été réalisés et donnés à la patiente. Les mouvements de poursuite et de saccades visuelles sont mieux exécutés et plus durables.

Bilan fonctionnel :

La saisie de l'information nécessite un grossissement. La patiente a fait l'acquisition d'une loupe électronique qui permet la lecture de tous les supports écrits utilisés par Mme F. dans ses diverses activités. L'analyse perceptive est juste et l'exploration visuelle sur documents A4 efficace. Nous avons par ailleurs procédé au marquage et à l'adaptation du mode d'emploi en caractères adaptés de l'électroménager.

Bilan d'Ergothérapie/AVJ

Au cours des séances de rééducation, différents items ont été abordés et travaillés.

Matériel adapté :

Des conseils ont été donnés sur un type d'éclairage disposant d'un variateur d'intensité de lumière et des renseignements ont été transmis pour différents types de dictaphones.

Paieement :

Un guide chèque a été confectionné et donné à Mme F.. La technique de reconnaissance tactile des pièces a été travaillée. Mme F. a testé et adopté un modèle de porte-monnaie spécial, dans lequel les pièces sont 'fixées' selon leur taille, présenté ci-dessous.



Téléphone :

Des conseils ont été donnés pour le changement de son téléphone portable. La patiente a opté pour un iPhone. Le fonctionnement de cet équipement a été abordé lors des séances en informatique.

Loisirs :

Au cours des séances, un site de jeux en ligne a été présenté, des essais et des prêts ont été effectués avec un jeu de carte avec caractères agrandis, un jeu de dés de grosse taille et un scrabble géant magnétique.

Marquages :

Des tubes de pâte 3D rouge et blanche ont été prêtés, pour réaliser des repères au domicile et les références de lettres et formes géométriques en caoutchouc souple ont été données.

Cuisine et repas :

Un entraînement des gestes délicats tels que se servir, tartiner, assaisonner, éplucher a été réalisé au cours des séances.

Soins et hygiène :

Des séances de travail sur le dosage et l'application de la crème de soin, le fard à joues, le fard à paupières, le mascara et le rouge à lèvres ont été réalisées. Des conseils pour les corrections ont été donnés. Des essais de pose de vernis à ongle en plaques prêtes à l'emploi, de dissolvant en pot et en bâton ont été faits.

Bilan de Psychomotricité/Locomotion

Au cours du programme de rééducation, différentes techniques ont été abordées :

- l'analyse multi-sensorielle
- le travail de proprioception et d'équilibration
- le travail de nuit

Mme F. a une bonne connaissance et une bonne maîtrise des techniques de locomotion. Les premiers temps avec son chien guide ont été difficiles pour plusieurs raisons, ce qui a rendu les déplacements coûteux physiquement et nerveusement. Actuellement Mme F. est plus sereine. Elle a instauré des rituels qui facilitent la mise au travail du chien, ce qui a un impact positif sur la qualité de guidage de celui-ci. De plus, elle a repris confiance en ses capacités d'analyse et de compréhension de l'environnement.

Conclusion

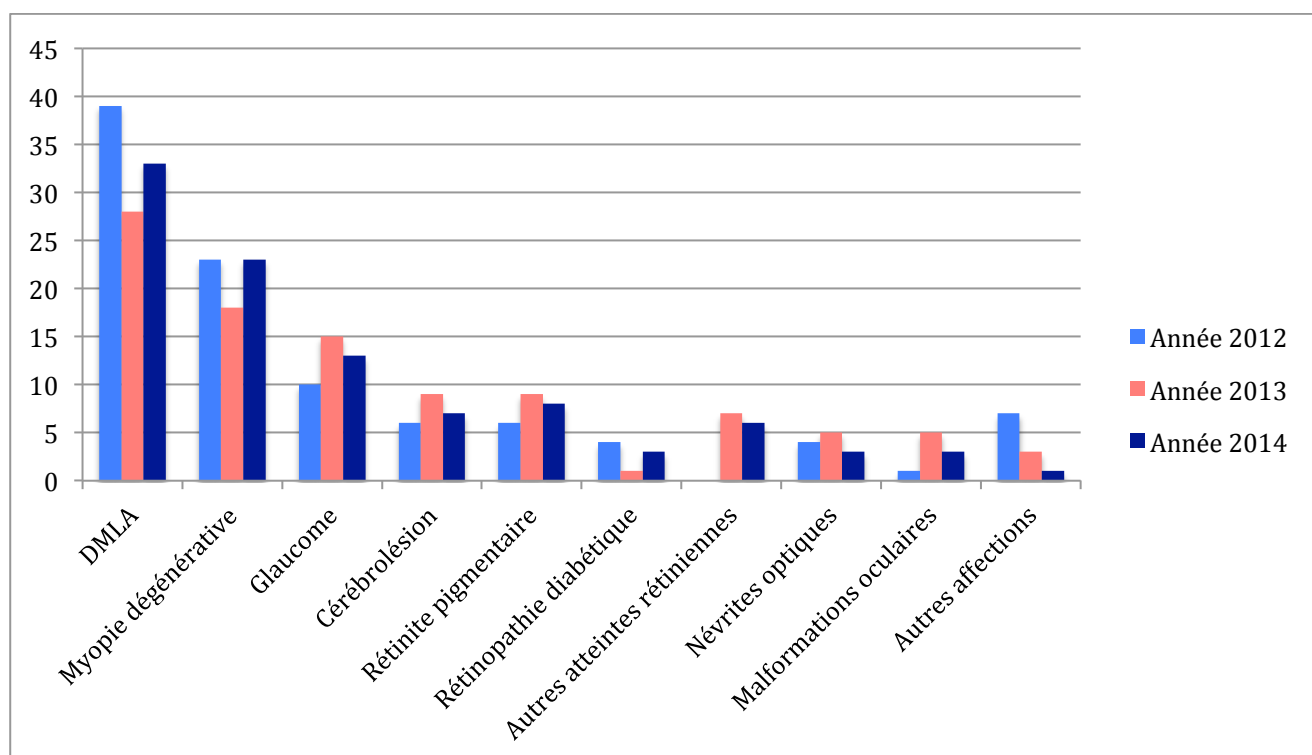
Au terme de la prise en charge au centre, Mme F. estime avoir obtenu des résultats positifs. Le programme de rééducation lui a permis d'appréhender avec plus de sérénité et de sécurité les déplacements extérieurs. L'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne a été améliorée grâce à une sensibilisation aux solutions de compensation et l'utilisation de matériel adapté. Lors de sa prise en charge, Mme F. a par ailleurs participé à plusieurs groupes de parole.

2.6 Statistiques : analyses sur 3 ans, depuis l'ouverture du centre [23] [40]

Les statistiques présentées ci-dessous ont été réalisées par le centre. J'ai centralisé, mis en forme et interprété ces données.

2.6.1 Pathologies

Données exprimées en pourcentages.



On note une proportion élevée de personnes atteintes de DMLA, cette affection touchant une part importante de la population générale et étant une bonne indication de rééducation basse vision.

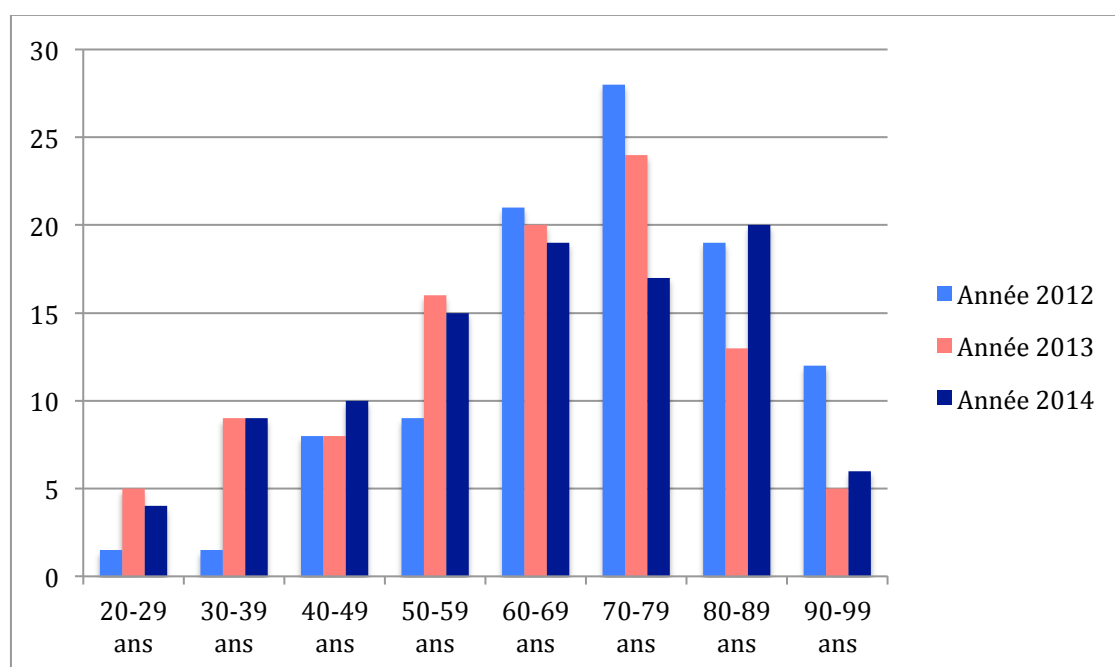
2.6.2 Population

2.6.2.1 Sexe et âge

La proportion homme/femme est similaire au fil des ans, avec un rapport 40% d'hommes et 60 % de femmes.

Le centre de basse vision accueille en grande majorité des personnes de sexe féminin. Cela peut s'expliquer, dans un premier temps, par le fait que l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes. Dans un second temps, les femmes sembleraient plus enclines à chercher des solutions pour retrouver des possibilités de lecture, d'écriture, de couture.

◆ Par âge en pourcentage.



En 2012 :

âge moyen 70 ans

21 % < 60 ans

79 % > 60 ans

En 2013 :

âge moyen 63 ans

38 % < 60 ans

62 % > 60 ans

En 2014 :

âge moyen 63 ans

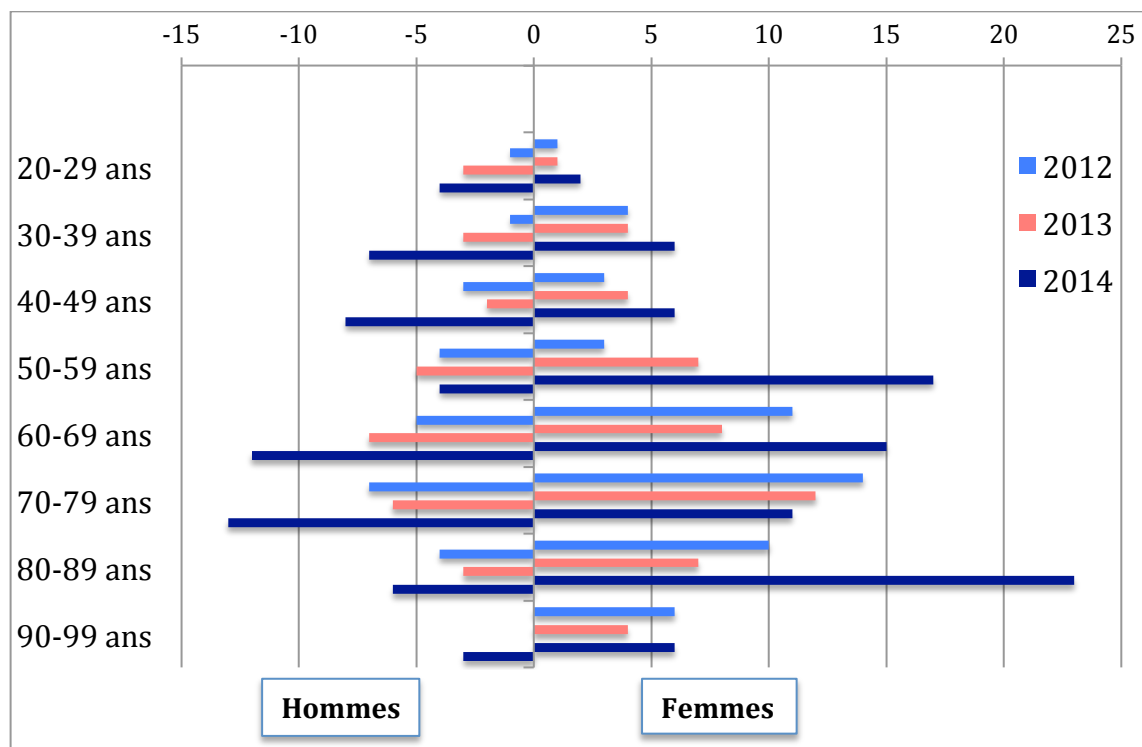
38 % < 60 ans

62 % > 60 ans

Les pathologies oculaires, telles que la DMLA ou le glaucome par exemple, entraînent des signes oculaires invalidants principalement après 60 ans. C'est pourquoi la plupart des patients du centre sont âgés de 60 à 90 ans. Pour les patients plus vieux, l'état général peut expliquer que la rééducation basse vision ne soit pas une priorité, ce qui explique leur nombre peu élevé. La patientèle est néanmoins prise en charge plus jeune.

◆ Par âge et par sexe

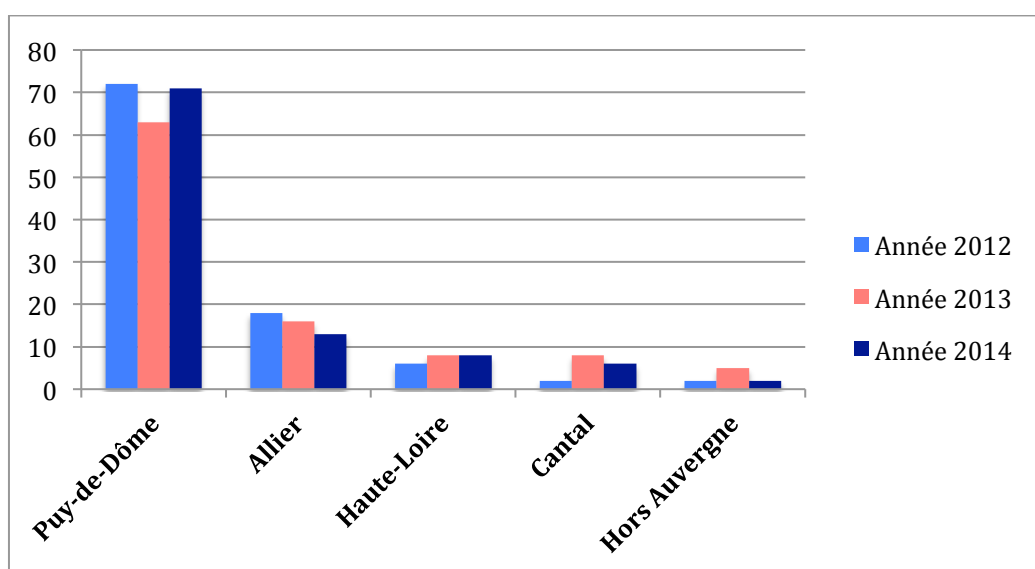
Données exprimées en nombre de patients.



On note plus de femmes suivies entre 50 et 70 ans puis à partir de 80 ans.
Certaines pathologies détectées entre 20 et 50 ans affectent plus les hommes.

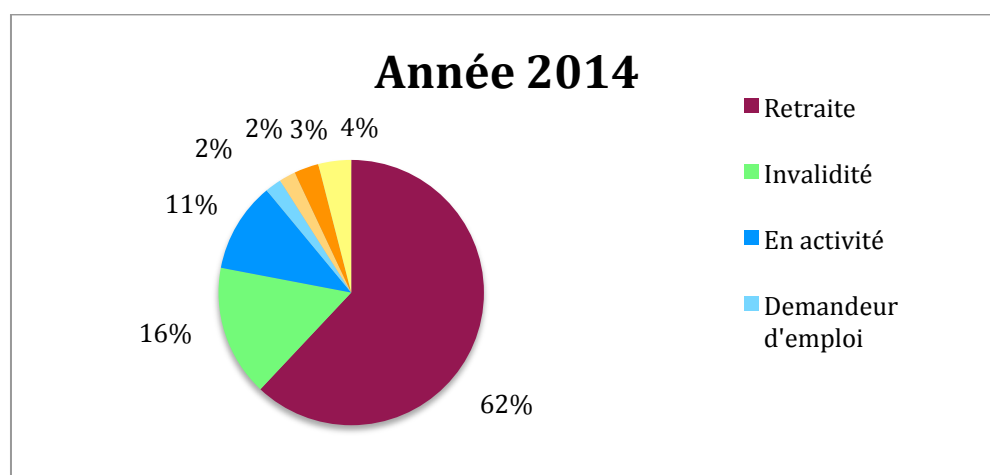
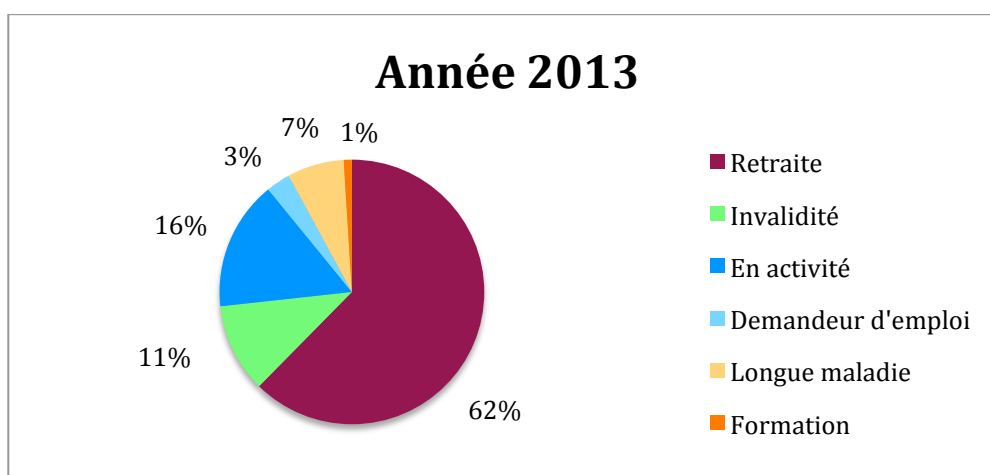
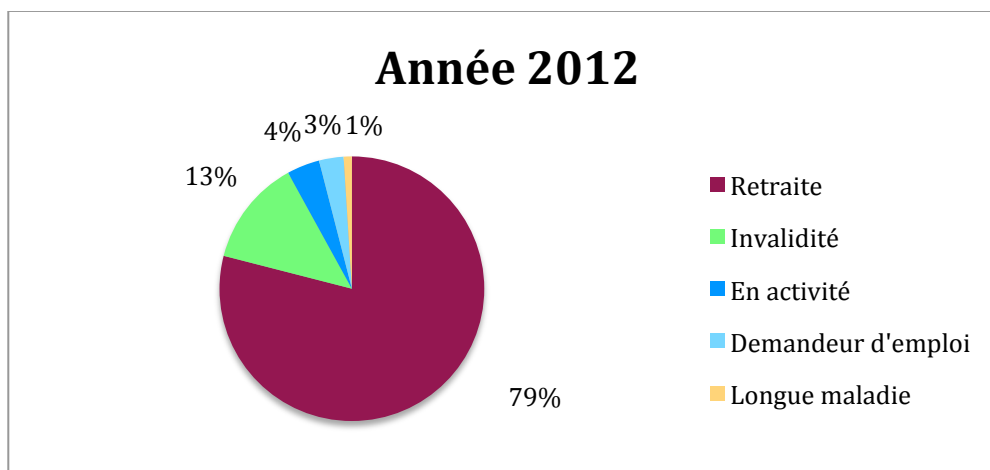
2.6.2.2 Provenance géographique

Données exprimées en pourcentage.



Les patients viennent d'Auvergne, en grande partie, pour des raisons de proximité géographique.
Logiquement, les départements moins peuplés sont moins représentés.
Ce schéma se reproduit d'une année à l'autre.

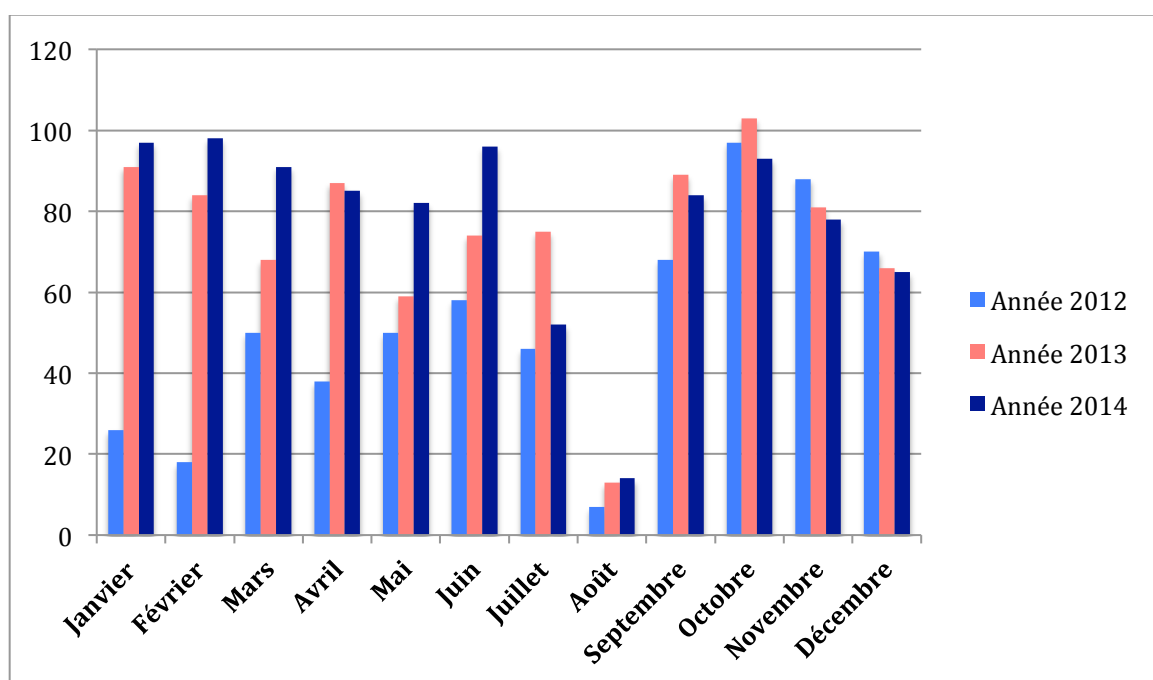
2.6.2.3 Catégories socio-professionnelles



Les patients à la retraite sont plus présents au centre, d'une part car les affections rencontrées sont prédominantes chez les personnes âgées, et d'autre part car la retraite laisse plus de temps libre pour se consacrer pleinement aux rééducations.

La part de patients en invalidité ou ne travaillant plus vient en deuxième, car les affections visuelles conduisant à la basse vision freinent la prise ou la reprise d'une activité professionnelle. On constate que la proportion de patients retraités, bien que majoritaire, tend à diminuer pour laisser place à des personnes encore en activité.

2.6.3 Nombre de venues à ABV

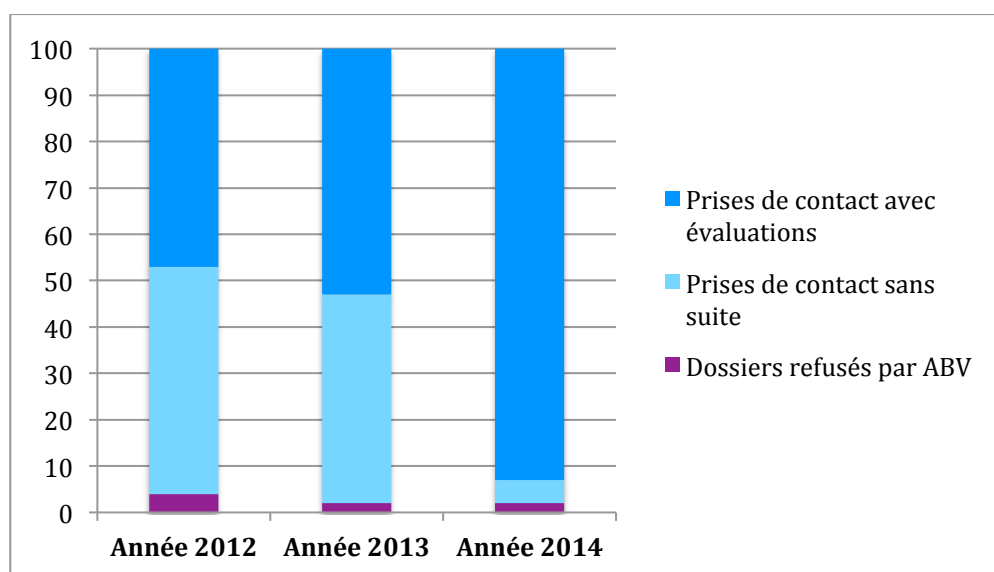


Le nombre global de venues au centre augmente, ce dernier existant depuis quelques années déjà et commençant progressivement mais activement à se faire connaître.

En 2014, l'activité s'équilibre au fil des mois, avec une activité réduite durant le mois d'Août. L'année 2012, première année complète d'ouverture est particulière, avec une activité logiquement plus élevée en fin d'année, le temps que le centre se fasse connaître.

2.6.4 Prises en charge/Prises de contact

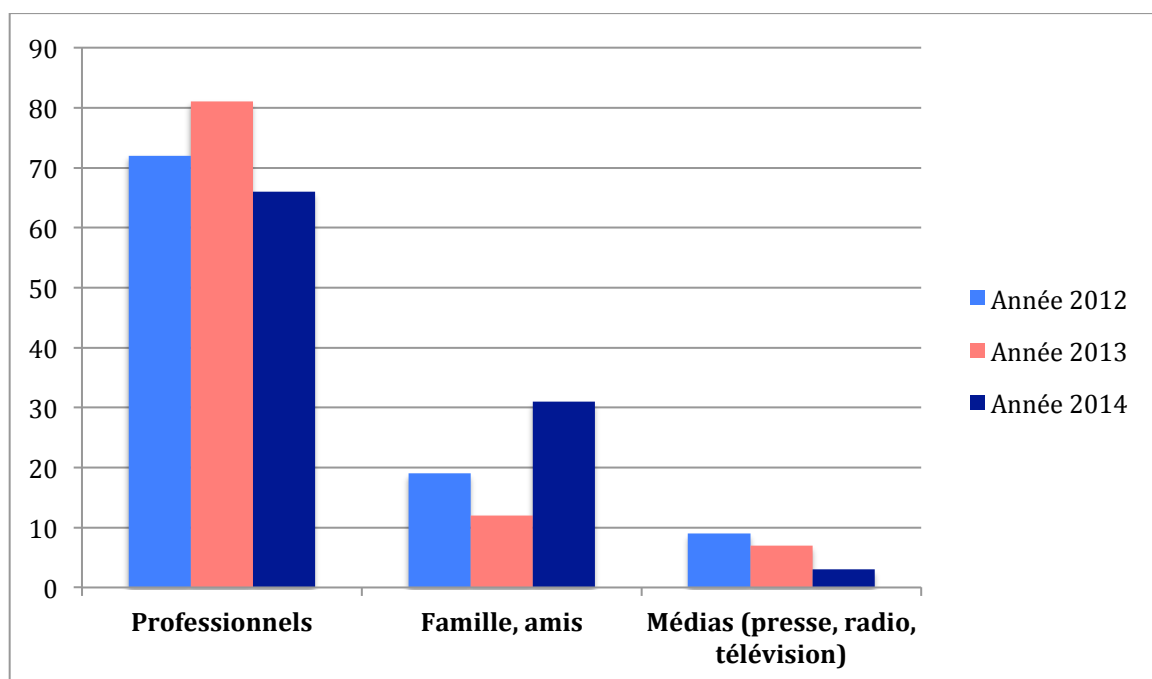
Données exprimées en pourcentage.



On constate dans un premier temps que très peu de dossiers sont refusés, ne correspondant pas aux critères de prise en charge basse vision au sein du centre ou l'équipe ne considérant pas qu'une aide pourra être apportée. Dans un second temps, on note que presque la moitié des prises de contact resteront sans suite du fait des patients.

2.6.5 Mode de connaissance du centre

Données exprimées en pourcentage.



Même si la proportion varie au fil des années, les professionnels de santé et de basse vision (ophtalmologues, orthoptistes, services médicaux-sociaux, centres hospitaliers, MDPH, associations) restent les principaux orienteurs.

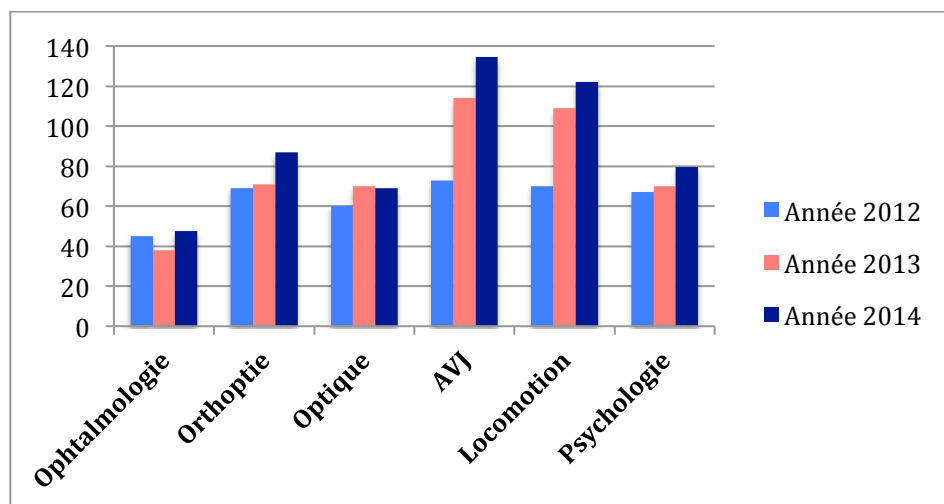
La part plus élevée de la presse en 2012 peut être liée à l'effet de l'annonce de l'ouverture du centre.

La famille et les amis prennent une part plus importante dans l'orientation en 2014, du fait du bouche à oreille.

2.6.6 Répartition par professionnels

2.6.6.1 Évaluation

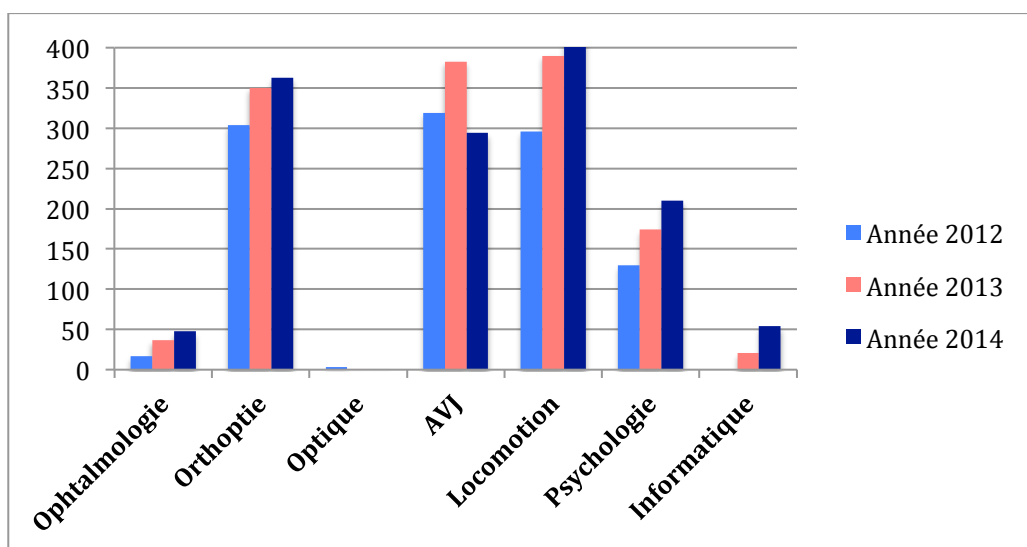
Répartition en nombre d'heures d'évaluation par professionnel.



On remarque une augmentation progressive du nombre d'heures consacrées au patient lors de sa première venue au centre, particulièrement dans les domaines de l'autonomie dans la vie journalière et de la locomotion. En effet, ces domaines requièrent des bilans longs et complexes, afin de bien répertorier toutes les situations de handicap et de réaliser des mises en situation.

2.6.6.2 Rééducation

Répartition en nombre d'heures de rééducation par professionnel.



La majorité de la prise en charge est logiquement effectuée par les rééducateurs (orthoptiste, AVJ, instructrice en locomotion), avec des séances nécessitant de nombreuses heures pour l'explication et la mise en pratique de stratégies de compensation.

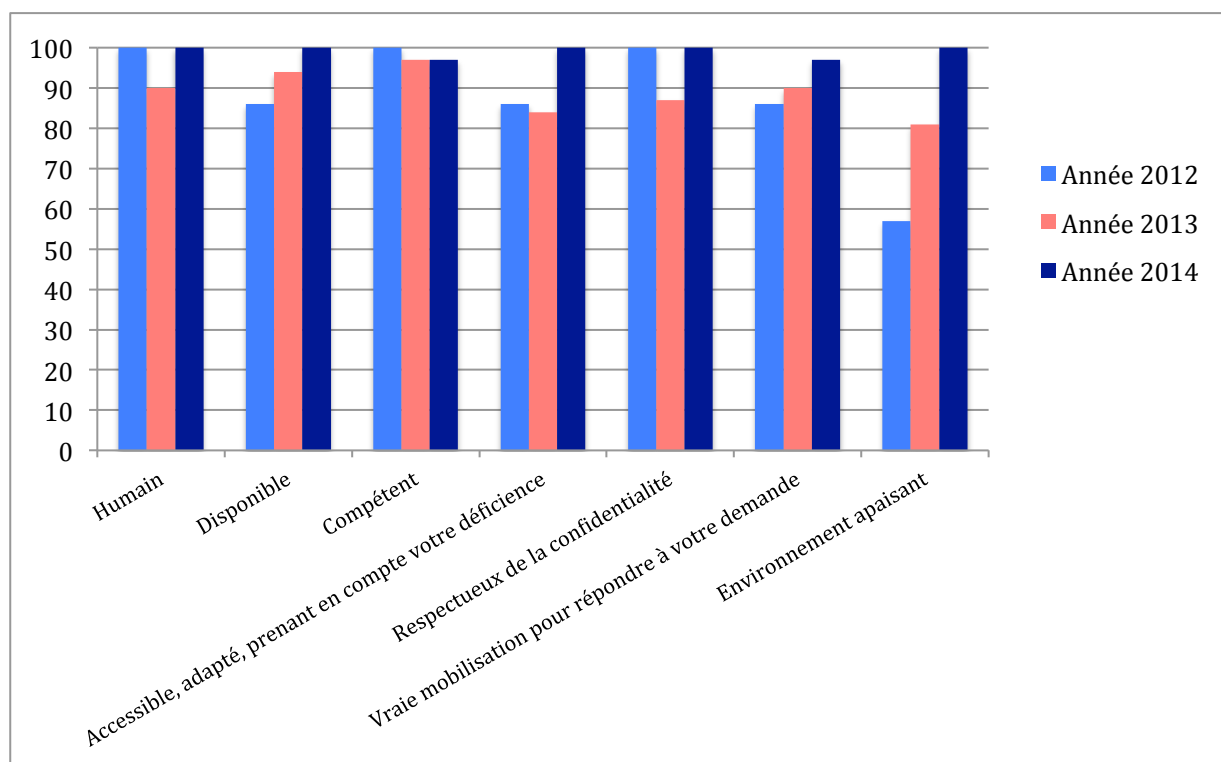
Il est à noter qu'un technicien en informatique intervient au centre depuis juin 2013.

La faible sollicitation de l'opticien s'explique par un travail de conseil en systèmes optiques en partie effectué par l'orthoptiste ou l'opticien de ville.

2.6.7 Enquête de satisfaction

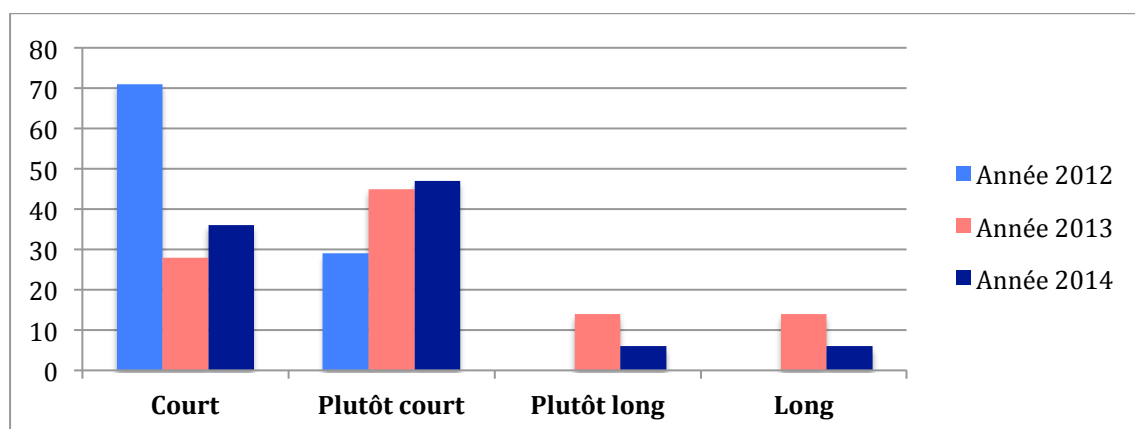
Les données sont exprimées en pourcentage.

- **Lors de votre venue, comment avez-vous trouvé l'accueil du centre ABV au regard des points suivants ?**



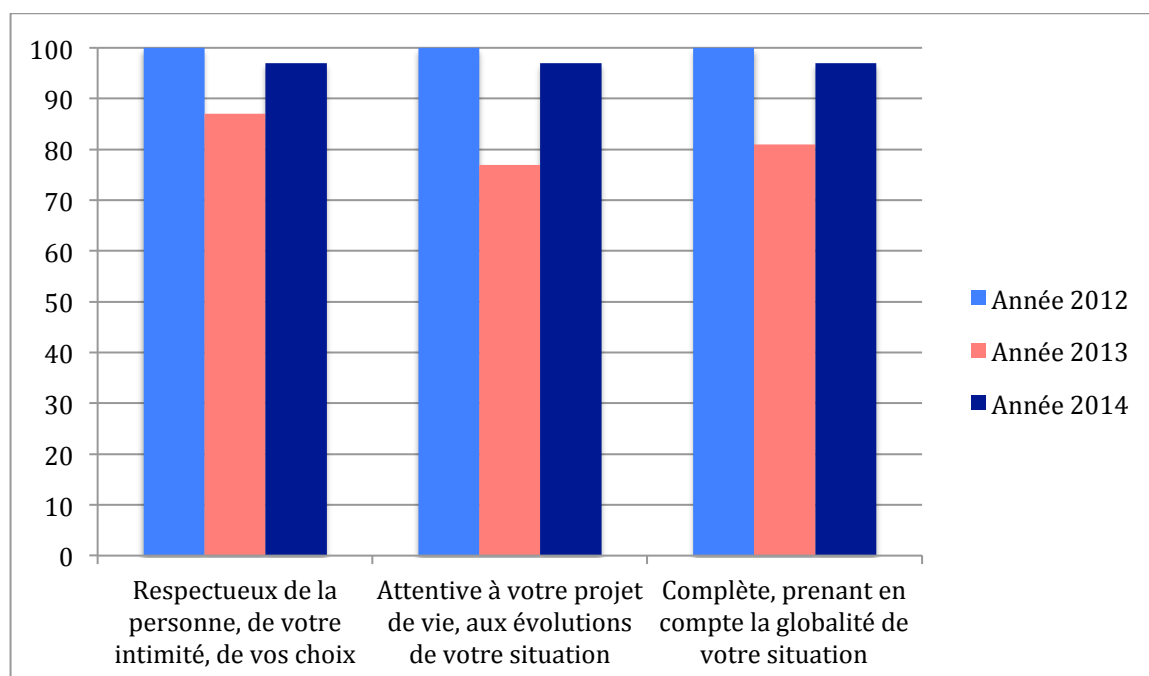
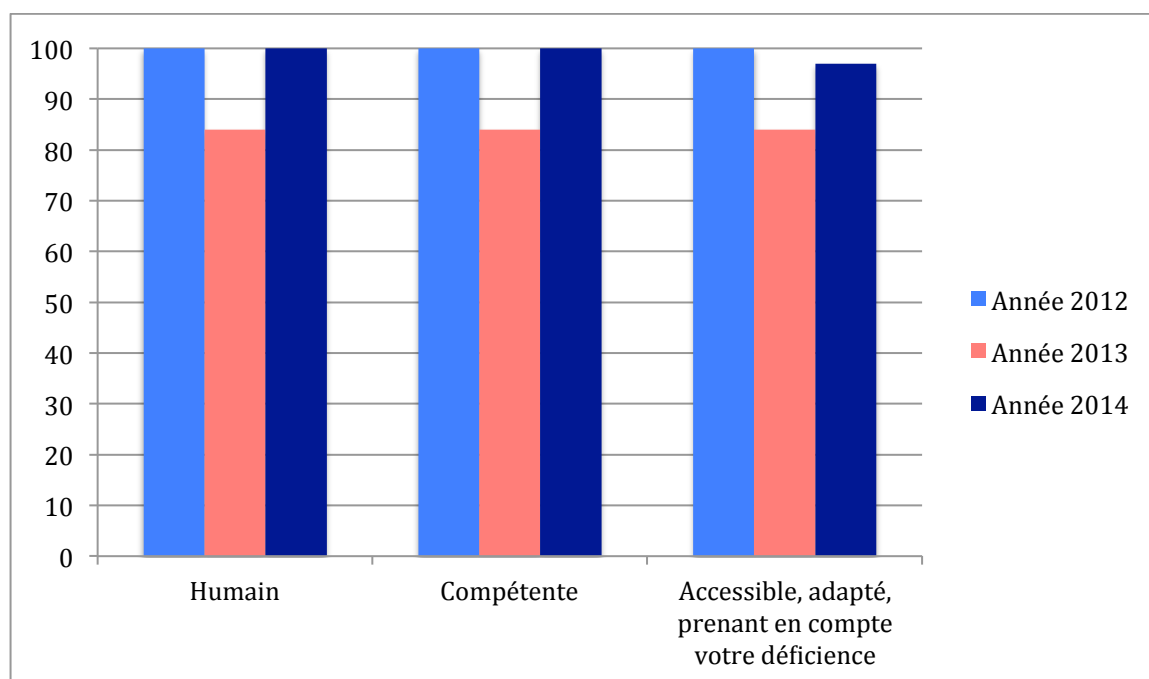
Les changements de locaux en Juillet 2014 ont amélioré le ressenti d'un environnement apaisant. La satisfaction générale est très bonne en ce qui concerne les autres points.

- **Comment avez-vous trouvé le délai entre la réception du dossier et votre première convocation ?**



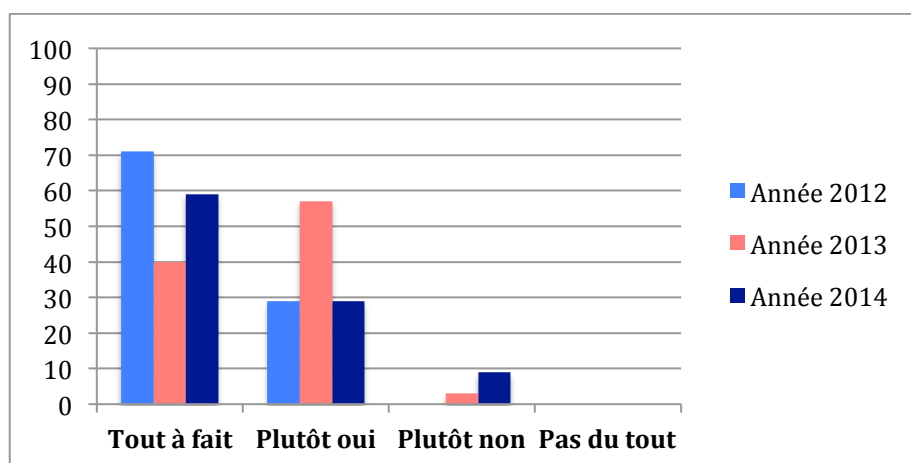
Le centre ayant ouvert ses portes fin 2011, le bon ressenti de rapidité de prise en compte des dossiers par les patients en 2012 s'explique par un nombre inférieur de demandes par rapport aux années suivantes.

• **Comment qualifiez-vous la phase d'évaluation avec les différents professionnels du centre au regard des points suivants ?**



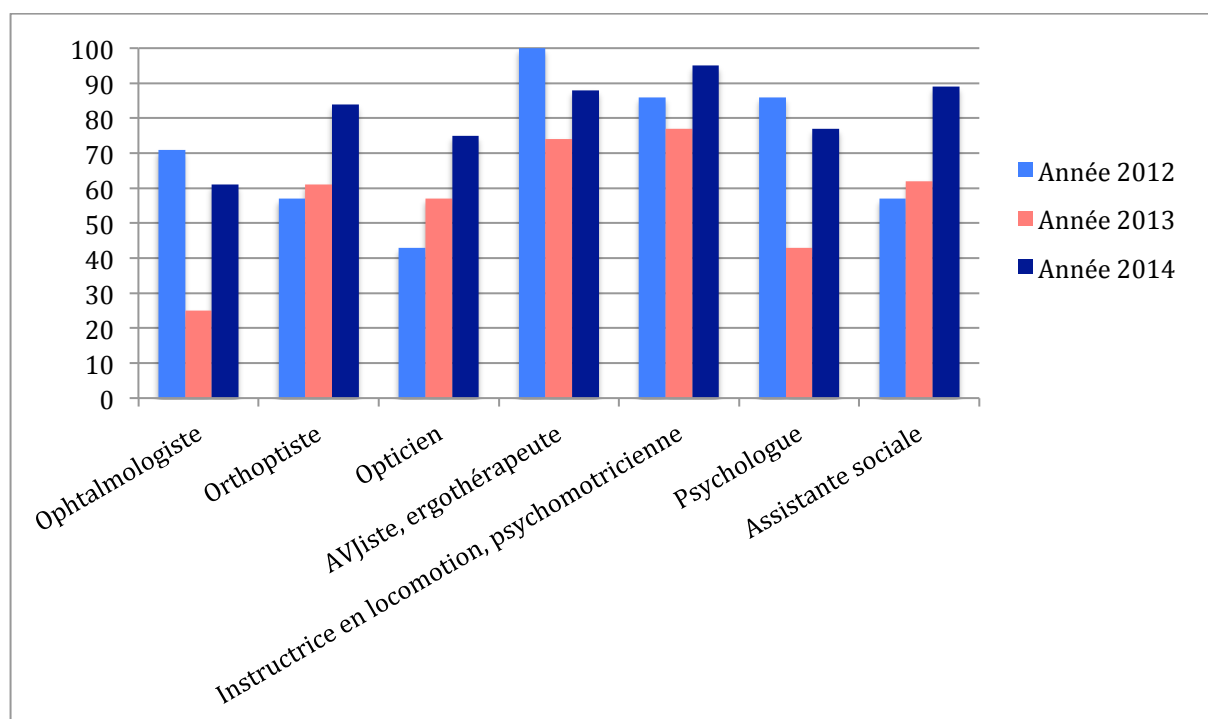
L'impression globale est très bonne.

• Vos désirs et les attentes exprimés lors de la période d'évaluation ont-ils été pris en compte dans le parcours de rééducation/réadaptation ?



Les rééducations/réadaptations montrent leur efficacité.

• L'intervention proposée par les différents professionnels a-t-elle répondu favorablement à vos attentes ? (réponses positives)



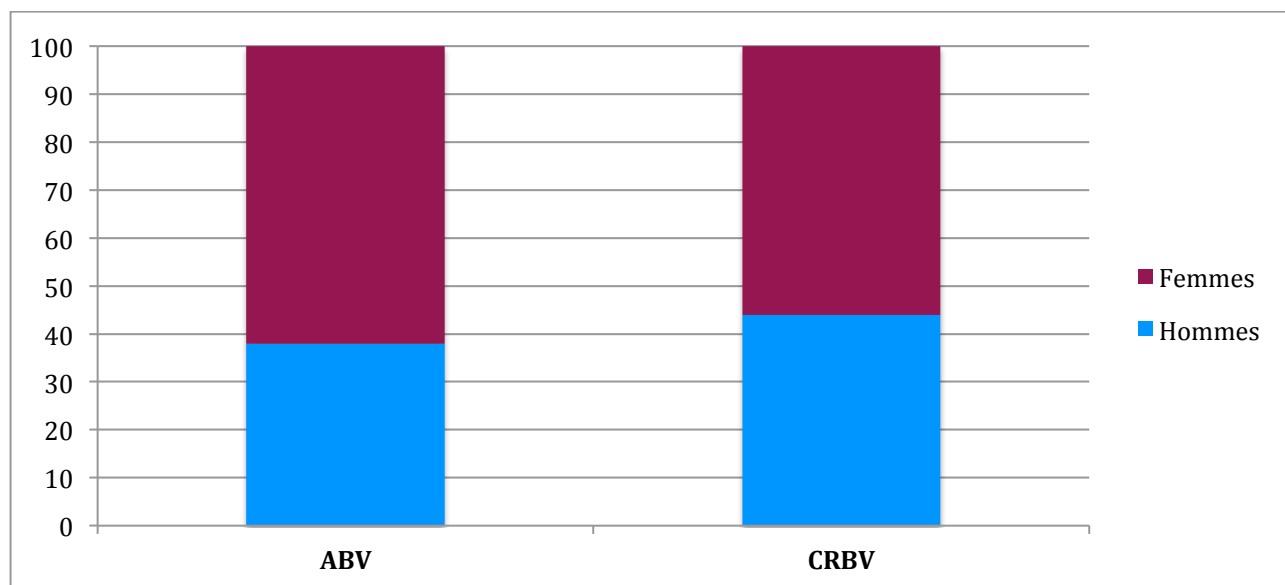
On remarque un pourcentage plus faible de satisfaction des patients quant à leurs attentes vis-à-vis de l'ophtalmologiste. Cela s'explique par le fait que pour les patients, ce dernier a un rôle médical, alors qu'au sein d'ABV il n'effectue pas d'acte médical mais s'entretient avec les patients et recueille leurs ressentis.

L'équipe est stable depuis l'ouverture du centre en 2011, ce qui instaure un climat de confiance.

2.6.8 Comparaison avec le CRBV d'Angers pour l'année 2013

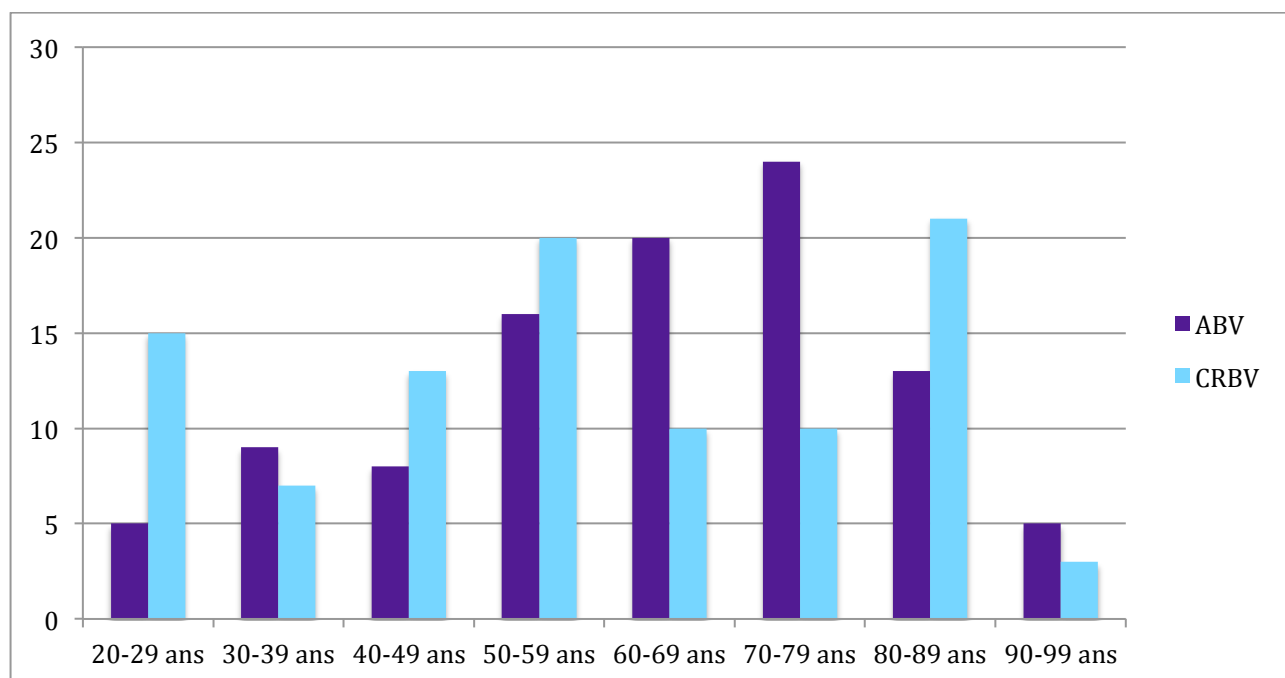
Données exprimées en pourcentage.

◆ Par sexe



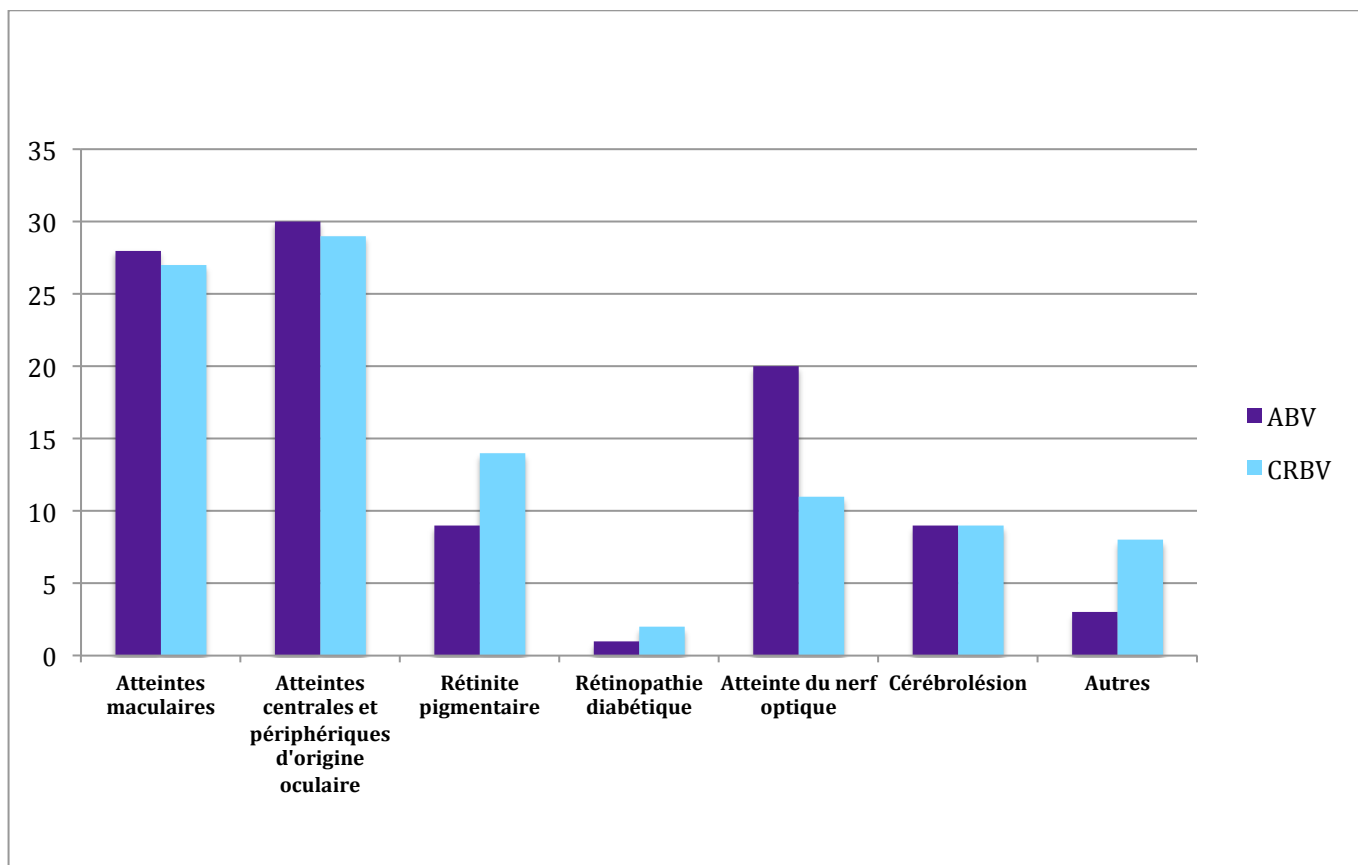
La proportion hommes/femmes est équivalente entre les deux centres.

◆ Par catégorie d'âge



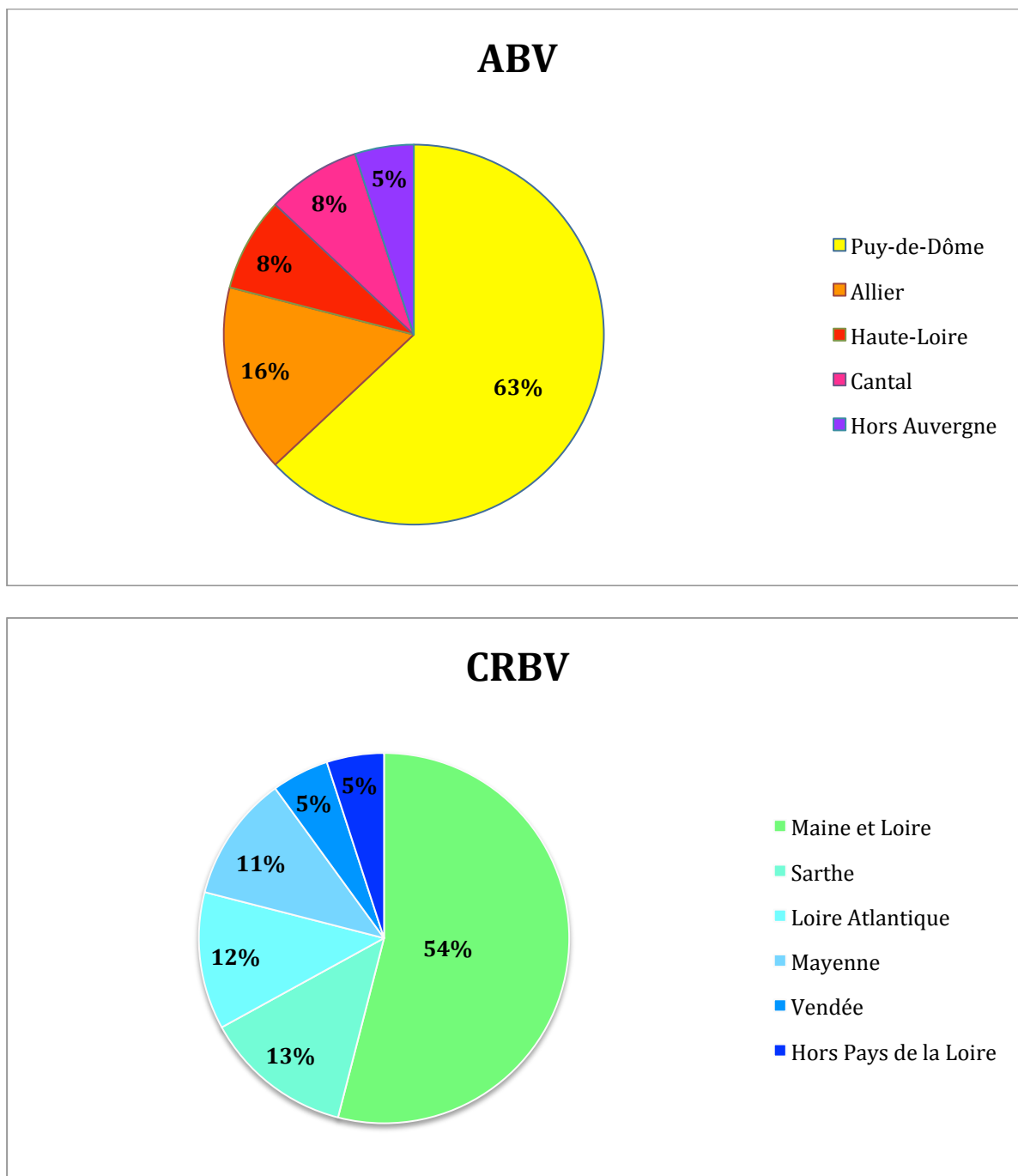
On constate que le CRBV accueille une population plus jeune, avec 55% des patients ayant moins de 60 ans alors qu'ABV compte 38% de patients ayant moins de 60 ans.

◆ Par pathologie



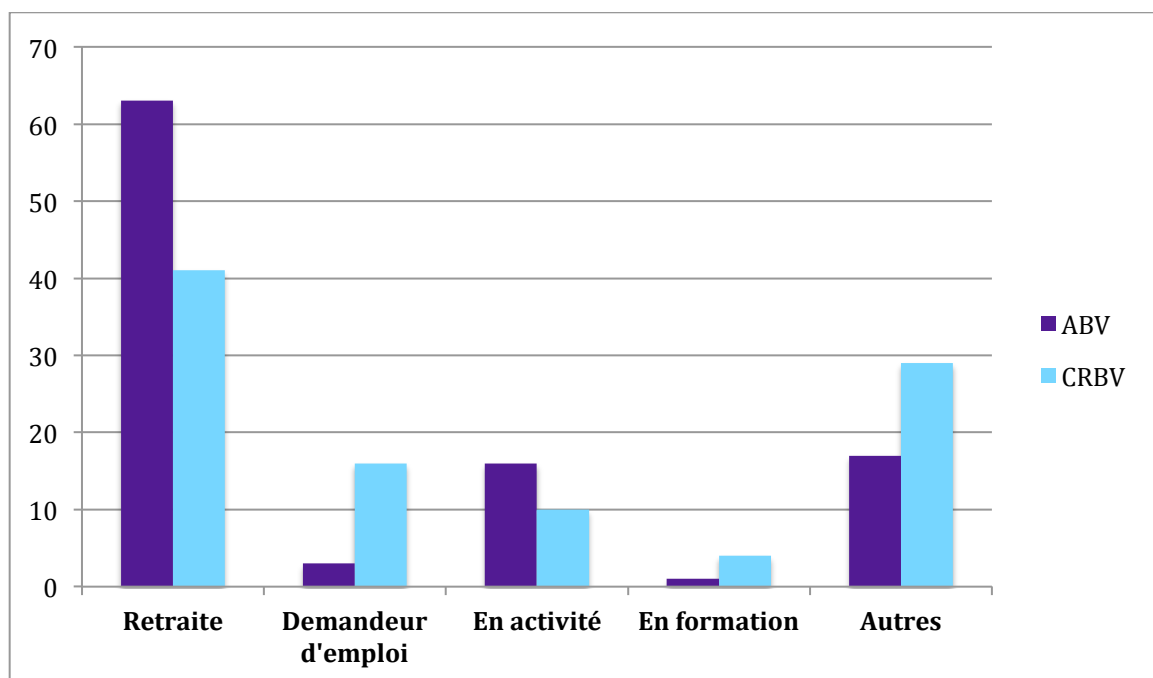
La répartition des pathologies est similaire entre les deux centres, avec une part légèrement supérieure d'atteintes du nerf optique pour ABV.

◆ Par localisation géographique



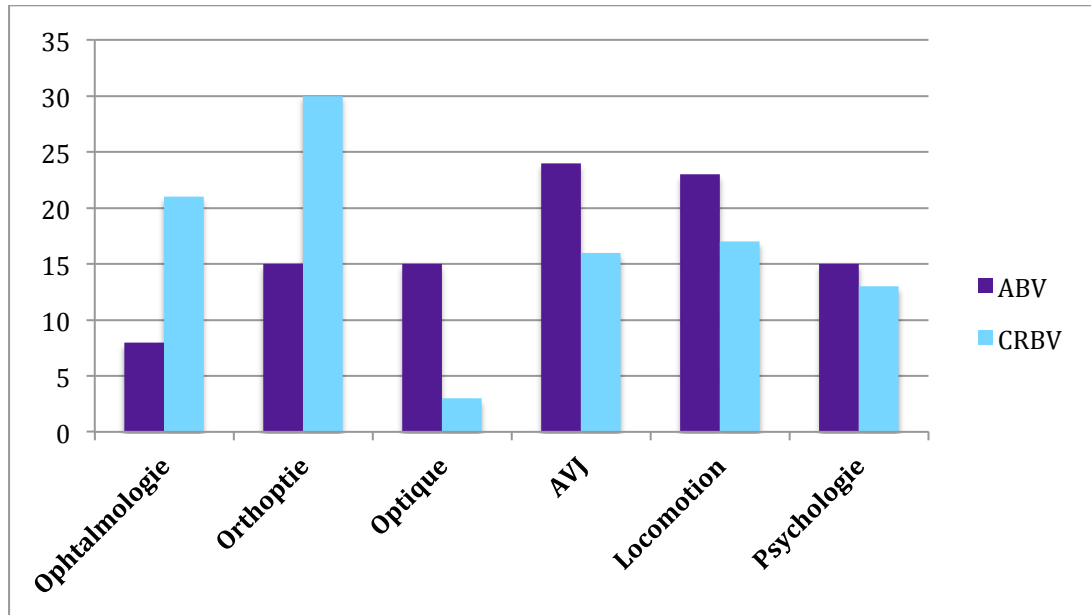
Le département dans lequel se trouve le centre regroupe dans les deux cas la plupart des patients, pour des raisons de proximité.

◆ Par catégorie socio-professionnelle



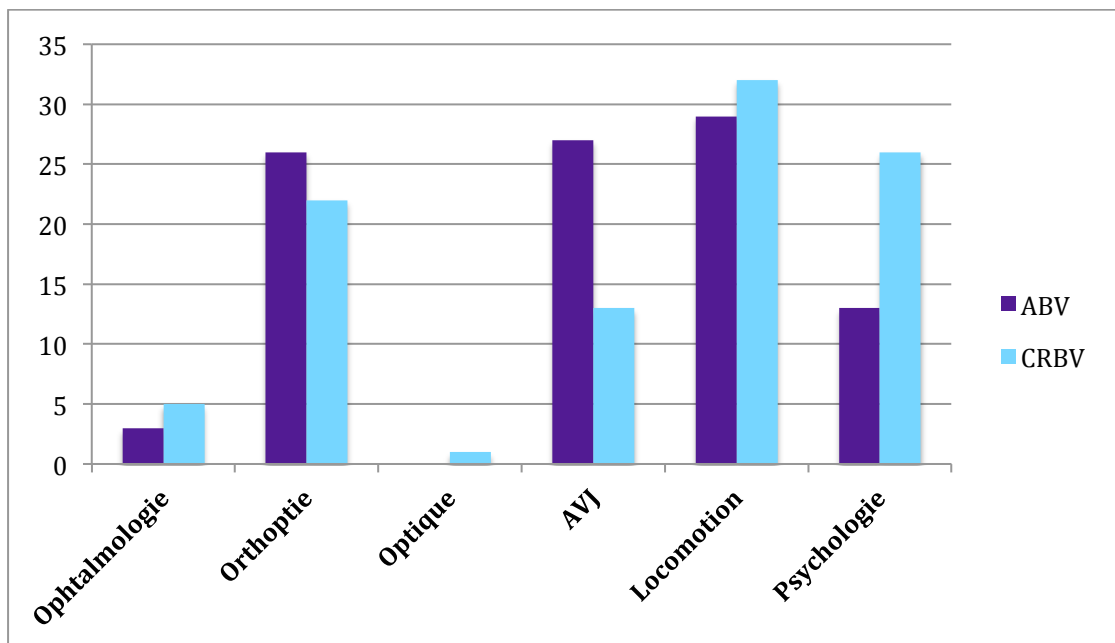
La population la plus représentée dans les deux centres est celle des retraités.

◆ Par temps d'évaluation par professionnel



On remarque que le temps d'évaluation avec l'ophtalmologue et l'orthoptiste est plus important au CRBV, alors qu'à ABV le patient passe plus de temps avec l'opticien, l'AVJiste et l'instructrice en locomotion. Le temps passé avec le psychologue est sensiblement identique.

◆ Par temps de rééducation/réadaptation par professionnel



En ce qui concerne les rééducations, plus de temps est dédié à L'AVJ à ABV, alors qu'au CRBV ce temps est consacré aux entretiens avec le psychologue.

Il faut cependant souligner que ces résultats sont totalement dépendants des patients et de leurs attentes.

CONCLUSIONS, PERSPECTIVES D'AVENIR POUR LA BASSE VISION

Pour venir en aide aux patients souffrant de déficience visuelle, l'ouverture de centres spécialisés, pluridisciplinaires, offrant une prise en charge complète répond à une attente exprimée par les professionnels et par les patients depuis plusieurs années.

Mes visites au centre ABV, l'étude de dossiers de patients, ainsi que mes recherches sur le sujet m'ont appris que l'expérience, les connaissances et l'implication des professionnels permettent une prise en charge personnalisée. C'est un travail d'écoute, d'équipe et de recherche de solutions. En effet, la déficience visuelle ayant des répercussions multiples sur le psychisme de la personne, son mode de vie et ses relations, un travail interdisciplinaire s'avère nécessaire et utile. La rééducation/réadaptation requière, de la part du patient, une acceptation de son état réel, puis son implication et sa motivation, conditions nécessaires à la réussite du suivi. Par conséquent, il est informé par les professionnels du centre qu'il ne retrouvera pas une vision totale, mais apprendra à utiliser sa vue et ses sens compensatoires autrement.

Pour l'avenir, dans un premier temps, des campagnes de sensibilisation pour un dépistage précoce des pathologies permettraient de limiter les conséquences invalidantes. Dans un second temps, lorsque la déficience visuelle est avérée, une orientation plus large des patients vers des centres spécialisés permettrait de proposer des solutions pour réagir et agir face au handicap.

La population concernée présentant par ailleurs des affections auditives, la coopération avec des professionnels travaillant autour de la déficience auditive (audioprothésiste, orthophoniste) consoliderait un retour vers l'autonomie.

Mais l'avenir se construit aussi de manière individuelle, tel M. D. qui résume son parcours au sein d'ABV par les termes suivants : « Comprendre, accepter puis s'adapter », et même aller au-delà en prenant des responsabilités dans le milieu associatif.

Annexes

ANNEXE 1 : PLAQUETTE DE PRÉSENTATION DU CENTRE AUVERGNE BASSE VISION



> AUVERGNE BASSE VISION

accueille, conseille et accompagne les personnes de plus de 20 ans assurées sociales atteintes de déficience visuelle identifiée basse vision par un médecin ophtalmologiste

ABV est un hôpital de jour en soins de suite et de réadaptation

LES PROFESSIONNELS

- > **Le Médecin Ophtalmologiste** est le référent du parcours de soin.
- > **L'Orthoptiste Basse Vision** évalue et rééduque la vision fonctionnelle.
- > **L'Opticien** détermine les aides optiques adaptées.
- > **L'Ergothérapeute** réduit ou supprime les situations de handicap.
- > **Le Rééducateur en Autonomie de la Vie Journalière** développe les compétences pratiques dans tous les actes de la vie quotidienne.
- > **L'Instructeur de locomotion** offre les moyens de se déplacer en sécurité et de façon autonome.
- > **Le Psychomotricien** travaille l'équilibre et la relaxation.
- > **L'Assistante de service social** informe et accompagne pour les questions administratives ou sociales.
- > **La Psychologue** accompagne le patient tout au long du parcours de soin.
- > **La Secrétaire médicale** accueille et règle les formalités administratives.

L'accueil est ouvert

du lundi au vendredi
de 9h à 12h
et de 13h à 17h

Tél | 04 73 19 10 00

ANNEXE 2 : DOSSIER ADMINISTRATIF



**30 Bis rue Sainte Rose
63000 Clermont-Ferrand
Tél|0473191000**

www.auvisio.org

**> AUVERGNE
BASSE VISION**

DOSSIER ADMINISTRATIF

Date d'envoi :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

☐ Mlle ☐ Mme ☐ M.

NOM

NOM DE JEUNE FILLE.....

PRENOM.....

COLLER
UNE
PHOTO

DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....

ADRESSE

.....

.....

TELEPHONE

PORTABLE

E-MAIL

STATUT FAMILIAL ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve)
☐ En couple ☐ Séparé(e)

PROFESSION

AUTRES ☐ Demandeur d'emploi ☐ En formation

☐ Retraité (merci d'indiquer quelle profession vous avez exercé)

☐ En invalidité

☐ Autres

N° de sécurité sociale :

Caisse :

Adresse de la caisse

.....

Mutuelle.....N°adhérent.....

Adresse de la mutuelle.....

.....

**(Joindre une photocopie de votre carte de mutuelle et de
l'attestation de vos droits à la sécurité sociale)**



29, Avenue Antoine de Saint Exupéry - 69627 Villeurbanne Cedex

MEDECIN GENERALISTE

ADRESSE

.....

TEL

OPHTALMOLOGISTE

ADRESSE

.....

TEL

ORTHOPTISTE

ADRESSE

.....

TEL

OPTICIEN

ADRESSE

.....

TEL

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Vous avez des enfants :

☐ Oui

☐ Non

Vous habitez :

☐ maison

☐ appartement

☐ foyer logement

☐ maison de retraite

☐ ville

☐ seul

☐ campagne

☐ pas seul

Avez-vous des aides optiques ?

☐ loupe

☐ filtres

☐ téléagrandisseur

☐ objets adaptés

☐ loupe électronique

☐ autres

☐ lampe

N'hésitez pas à venir avec ces aides optiques lors de l'évaluation au Centre Auvergne Basse Vision.

**Avez-vous déjà bénéficié d'une PEC en basse vision ?
(Orthoptie, aides optiques, AVH)**

☐ Oui

☐ Non

Par qui :

.....

Quel type de PEC :

.....

Avez-vous déjà bénéficié des services ?

☐ Institut pour déficients visuels

☐ Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

☐ Autres

Comment avez-vous connu le Centre de Basse Vision ?

☐ par les professionnels basse vision (ophtalmologistes, orthoptistes, opticiens, avéjistes, rééducateurs en locomotion ou autres)

☐ médias (journaux, radio, télévision)

☐ autres (familles, amis...)

Quelles sont les activités du quotidien qui vous sont difficiles depuis que votre vision a changé ?

Les gestes quotidiens :

- ☐ Habillage
- ☐ Soins – Toilette
- ☐ Cuisine – Repas
- ☐ Entretien du linge
- ☐ Ménage
- ☐ Manipulation de la monnaie
- ☐ Téléphoner

Lire :

- ☐ Courrier
- ☐ Journaux
- ☐ Livres

Loisirs :

- ☐ Ordinateur
- ☐ Cinéma
- ☐ Restaurant
- ☐ Jeux de société

Autres :

.....
.....

Regarder :

- ☐ Paysage
- ☐ Télévision
- ☐ Photographies

Ecrire :

- ☐ Remplir un chèque
- ☐ Mots croisés

Déplacements :

- ☐ Promenade à pied
- ☐ Faire les courses
- ☐ Transports en commun
- ☐ Bricolage

A propos de la marche à pied, vous la réalisez :

- ☐ Seul (e)
- ☐ Souvent accompagné (e)
- ☐ Toujours accompagné (e)



29, Avenue Antoine de Saint Exupéry - 69627 Villeurbanne Cedex

- ☐ Sur des trajets connus uniquement
- ☐ Sur des trajets connus ou inconnus indifféremment

A votre avis, par quoi êtes-vous gêné(e) lors de vos déplacements ?

.....

.....

.....

.....

Etes-vous gêné(e) :

- ☐ Par le soleil
- ☐ Par les fortes lumières
- ☐ Par le manque de lumière
- ☐ La nuit

Qu'attendez-vous du Centre de Rééducation ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATION

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à faciliter le fonctionnement de l'établissement. Les destinataires des données sont tous les intervenants du Centre de Basse Vision.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au médecin coordinateur.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. »

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 4.04.2002 relative aux droits du malade
Article L.1111-6 du code la santé publique

Je soussigné(e)

patient(e) majeur(e) d'Auvergne Basse Vision.

Né(e) le

A

Adresse

☐ Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

☐ Désigne comme personne de confiance

☐ Madame

☐ Mademoiselle

☐ Monsieur

Nom, Prénom

Né(e) le

qui est : ☐ un parent

☐ un proche

☐ mon médecin traitant

Adresse

.....

Tél Portable

Fax Mail

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance et je suis informé(e) que cette désignation est valable pour la durée de mon séjour dans l'établissement sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

Fait à Clermont-Ferrand, le

Fait à Clermont-Ferrand, le

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance ci-dessus
nommée (si possible) :

Ce document est conservé dans le dossier médical du demandeur et les données intégrées au dossier informatisé du patient. Une copie peut être remise au patient et à la personne de confiance à leur demande.



29, Avenue Antoine de Saint Exupéry - 69627 Villeurbanne Cedex



EVALUATIONS ET REEDUCATIONS FONCTIONNELLES
POUR PERSONNES DEFICIENTES VISUELLES

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(à remplir par votre médecin traitant)

Nom du Patient :

Né(e) :

CACHET DU PRATICIEN
SIGNATURE
DATE

Sur le plan général :

.....
.....
.....
.....

Existe-t-il entre autre des problèmes moteurs, d'équilibre et/ou de fatigabilité ?

.....
.....
.....

Traitement actuel :

.....
.....
.....

Des traitements et/ou chirurgie sont-ils envisagés ?

.....
.....
.....

Le patient est-t-il en ALD ?

☐ oui

☐ non

Affection Liste ☐

Hors Liste ☐

Si oui, peut-on savoir pour quelles pathologies ?

.....



UNION D'ASSOCIATIONS

29, Avenue Antoine de Saint Exupéry - 69627 Villeurbanne Cedex

RENSEIGNEMENTS OPHTALMOLOGIQUES

(à remplir par votre ophtalmologiste)

Nom du Patient :

Né(e) :

CACHET DU PRATICIEN

SIGNATURE

DATE

1. DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

.....

Oeil droit Oeil gauche

Est-ce de la basse vision ? ☐ oui ☐ non

Traitements médicaux, chirurgicaux, laser :

.....

.....

Traitements actuels :

Localement :

Voie générale :

2. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Fond de l'œil :

Examen biomicroscopique :

3. PATHOLOGIES ASSOCIEES :

.....

.....

4. CORRECTION OPTIQUE : Verres *monofocaux *progressifs *bifocaux

	Œil droit	Œil gauche
Loin		
Addition		

5. ACUITE VISUELLE AVEC CORRECTION OPTIQUE A LA DATE DU / /

	Œil droit	Œil gauche
Loin		
Près		

- Le patient est-il photophobe ? ☐ oui ☐ non
- A-t-il une héméralopie ? ☐ oui ☐ non
- Est-il en ALD pour les yeux ? ☐ oui ☐ non

Merci de joindre si possible les photocopies des examens complémentaires selon le diagnostic : les champs visuels ERG, PEV, OCT, les dernières angiographies, les comptes rendus de scanner....

BIBLIOGRAPHIE

- [1] OMS : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/fr/>
- [2] Docteur A. BOREL, *Déficiência visuelle de l'enfant*. Cours dispensé aux élèves orthoptistes.
- [3] C. COLLA, *Introduction à la compensation du handicap visuel*. Cours dispensé aux élèves orthoptistes.
- [4] AVH : http://www.avh.asso.fr/rubriques/association/cecite_malvoyance.php
- [5] Livret d'accueil du centre ABV
- [6] Docteur D. BRUSLEA, *DMLA*. Cours dispensé aux élèves orthoptistes.
- [7] *Angle iridocornéen et rhéologie de l'humeur aqueuse*. Cours dispensé aux élèves orthoptistes.
- [8] ARBOUR J-D., BEHAR-COHEN F., LABELLE P., SENNLAUB F., *DMLA : La dégénérescence maculaire liée à l'âge*. Annika Parence Éditeur, Collection Comprendre la maladie et ses traitements, 2010, 125 pages.
- [9] SCHAISON-CUSIN M., *La neuro-ophtalmologie en un clin d'œil*. Edimark Santé, Éditions DaTeBe, Instantanés, 2011, 193 pages.
- [10] WALTERS R., *Comprendre vos yeux et les problèmes de vision*. Médecine familiale, Modus Vivendi, 2008, 148 pages.
- [11] KOVARSKI C., *La malvoyance chez l'adulte : la comprendre, la vivre mieux*. Vuibert, Paris, 2007, 400 pages.
- [12] HOLZSCHUCH C., ALLAIRE C., BERTHOLET L., AGIUS C., MÉHEUST C., *Quand la malvoyance s'installe. Guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage*. Saint-Denis : Éditions INPES, Collection Varia, 2008, 160 pages.
- [13] HOLZSCHUCH C., MOUREY F., MANIÈRE D., CHRISTIAEN M-P., GERSON-THOMAS M., LEPOIVRE J-P., PAULIN M., CREUZOT-GARCHER C., PFITZENMEYER P., *Gériatrie et basse-vision. Pratiques interdisciplinaires*. 2^{ème} édition, Solal, Collection ergothérapies, 2012, 254 pages.
- [14] COHEN S. Y., DELHOSTE B., BEAUNOIR M-P., CAN F., MARTIN D., PESSANA J., *Guide pratique de rééducation des basses visions*, EMC, Elsevier, 2000, 355 pages.
- [15] A.B. SAFRAN, A. ASSIMACOPOULOS, *Le déficit visuel : de la neurophysiologie à la pratique de la réadaptation*, Masson, 1995, 233 pages.
- [16] A.B. SAFRAN, A. ASSIMACOPOULOS, *Le handicap visuel : déficits ignorés et troubles associés*, Masson, 1997, 262 pages.
- [17] Orphanet : <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>
- [18] SNOF : <http://www.snof.org>

- [19] <http://www.braille.be/fr/documentation/pathologies-visuelles/myopie-forte>
- [20] SSR : <http://www.fhp-ssr.fr/les-ssr-c-est-quoi>
- [21] Sainte Marie Paris Sud : <http://www.fondationhospitalieresaintemarie.com/etablissements-hospitaliers/mission/acces-dedie-deficiences-visuelle/>
- [22] ARAMAV : <http://www.aramav.com/pilot.html>
- [23] CRBV Angers : <http://mfam.deficiencesensorielle.org/CRBV.html#donnees>
- [24] CRRBV Dijon : <http://www.reseau-chu.org/les-articles/article/article/basse-vision-un-centre-dexcellence-pour-reapprendre-a-voir-autrement/>
- [25] CRBVTA Poitiers : <https://crbvta.esante-poitou-charentes.fr>
- [26] CLER Nancy : http://www.santifontaine.fr/cler_basse_vision_nancy
- [27] Centre André Mathis :
http://www.asei.asso.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=86
- [28] ABV : <http://www.auvisio.org>
- [29] Plaquette de présentation du centre ABV
- [30] *Dossier de demande d'autorisation pour la création du Centre Régional de Basse Vision de l'Auvergne, Activité de soins de suite et de réadaptation*, présenté par le Comité Commun Activités Sanitaires et Sociales et son établissement le Centre de Rééducation pour Déficients Visuels, à l'Agence Régionale de Santé de l'Auvergne en Juin 2010
- [31] Comité commun activités sanitaires et sociales, Santé & Bien être : <http://www.ccass-sbe.org>
- [32] CRDV : <http://www.crdv.asso.fr/.%5Ccomitecommun.php>
- [33] FISAF : <http://www.fisaf.asso.fr>
- [34] Bilans d'évaluation des professionnels du centre ABV
- [35] S. MERCIER, *La compensation de la déficience visuelle chez un patient atteint de dégénérescence maculaire liée à l'âge*. Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthoptie. Université d'Auvergne, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand, 2008.
- [36] Mieux voir : <http://www.mieux-voir.fr/>
- [37] Association Picarde pour l'autonomie des Déficients Visuels :
<http://www.apicadev.fr/?p=142>
- [38] MDPH : <http://www.mdph.fr>
- [39] Dossiers de patients du centre ABV
- [40] Statistiques du centre ABV